

ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	1409
Del	22 LUG. 2016

Oggetto: Adozione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella ASL Bari: indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci alla UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" - DSM ASL BA".

IL DIRETTORE GENERALE

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria del Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Aziendale Avv. Gianpaolo Parisi e della proposta formulata dal Direttore U.O.C. Rischio Clinico Dott. Vincenzo Defilippis, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO :

- che, come rubricato nell'allegato schema che costituisce parte integrante del provvedimento deliberativo *de quo*, i DCA sono patologie psichiatriche sempre più in crescita e riguardano fasce sempre più ampie di popolazione determinando un impatto economico sempre più consistente sul Servizio Sanitario Nazionale;
- che i DCA affliggono all'incirca 3.000.000 di persone in Italia e rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile dopo gli incidenti stradali. Si è abbassata l'età di esordio della patologia e sono aumentati i casi *di* cronicità con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso;
- che come emerge dai vari documenti nazionali e regionali di programmazione sanitaria, oltre che dalla letteratura scientifica, la fascia di età più a rischio afferente ai servizi dedicati alla prevenzione e cura dei DCA è rappresentata dall'età 11-25/30 aa, con prevalenza del sesso femminile, anche se sono sempre più presenti casi di DCA in soggetti di sesso maschile;

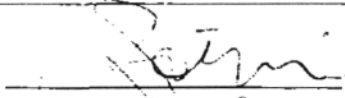
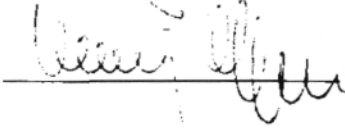
- che nei DCA non esistono studi di incidenza sulla popolazione generale. I dati si basano sui casi che si presentano all'osservazione clinica, pertanto, non è detto che corrispondano all'andamento nella popolazione generale;
- che i DCA sono maggiormente presenti nei Paesi Occidentali e occidentalizzati, interessano tutte le classi sociali e sono soprattutto diffusi tra le donne. Tuttavia, la percentuale di uomini che si ammala di queste patologie è cresciuta negli ultimi dieci anni (10-20%). Tra i DCA NAS, il BED (Binge Eating Disorder) affliggerebbe il 30-40% della popolazione di soggetti obesi che si rivolge ai servizi medici e chirurgici per interventi di controllo del peso, interessa gli uomini quanto le donne e si manifesta in età più avanzata;

PRECISATO :

- che la C.V.L.P. Commissione Aziendale Permanente Verifica, Controllo e Validazione Linee Guida e Percorsi Diagnostico - Terapeutici ed Assistenziali della ASL BARI, nella seduta del 02.05.2016 - giusta convocazione prot. n. 83053/1 del 28.04.2016 - ha esaminato, espresso parere positivo ed approvato il "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA DCA nella ASL Bari: indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci alla UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" - DSM ASL BA", proposto dalla Direzione Dipartimentale di Salute Mentale, al fine di essere adottata con apposito provvedimento deliberativo della Direzione Generale della ASL Bari, così come risulta agli atti e da verbalizzazione del 02.05.2016;

PRESO ATTO :

- della nota del 02.05.2016 - a margine della procedura *de quo* proposta dalla Direzione Dipartimentale di Salute Mentale - ed a seguito di quanto nella medesima disposto, d'ordine del Direttore U.O.C. Rischio Clinico e Responsabile Sanitario della Commissione C.V.L.P. della ASL Bari di predisporre apposito atto deliberativo di adozione del "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA DCA nella ASL Bari: indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci alla UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" - DSM ASL BA", così come da schema allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE	AVV. GIANPAOLO PARISI	
IL DIRETTORE U.O.C. RISCHIO CLINICO	DOTT. VINCENZO DEFILIPPIS	

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni espone in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di adottare "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PDTA DCA nella ASL Bari: indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci alla UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" - DSM ASL BA", così come da allegato atto che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento al Direttore Dipartimento Salute Mentale, alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti successivi di competenza;

Il Direttore U.O.C. Rischio Clinico Dott. Vincenzo Defilippis Responsabile del Procedimento, sulla base della propria istruttoria e proposta ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità; nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che la stesso non comporta alcun onere, ovvero alcun costo aggiuntivo a carico della ASL BARI.

- 2 MAR. 2016

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci

ASL BA - Dipartimento Salute Mentale
UOSVD DCA - Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale DCA
Centro Disturbi del Comportamento Alimentare "Salvatore Cotugno"-UOSVD DCA
P.T.A. Umberto I°- Altamura
Tel.0803108558/6/5
Fax: 0803108271
Email: centrodca.dsm@asl.bari.it

PDTA DCA nella ASL BA :
**indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci
alla UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" – DSM ASL BA**

1. Premessa
2. PDTA DCA, invio, valutazione e presa in carico a cura della UOSVD DCA
3. Accesso alle prestazioni UOSVD DCA e procedura per Esenzione Ticket per patologie AN e BN
4. Procedure nella ASL BA per la definizione di un progetto riabilitativo residenziale DCA ed invio in struttura residenziale specifica extraospedaliera a cura della UOSVD DCA.
5. Riferimenti per l'invio alla UOSVD DCA

Premessa

I DCA sono patologie psichiatriche sempre più in crescita e riguardano fasce sempre più ampie di popolazione determinando un impatto economico sempre più consistente sul Servizio Sanitario Nazionale. Affliggono all'incirca 3.000.000 di persone in Italia e rappresentano la seconda causa di morte tra gli adolescenti di sesso femminile dopo gli incidenti stradali (www.salute.gov.it). Si è abbassata l'età di esordio della patologia e sono aumentati i casi di cronicità con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento differenziato e complesso.

Si riporta di seguito la classificazione DCA dall'American Psychiatric Association nel Diagnostic and Statistical Manual nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM 2012) Di seguito ai livelli suddetti, si evidenzia come la complessità clinica nei DCA è valutata non solo attraverso peso/BMI ma soprattutto considerando i vari episodi critici insieme agli altri sintomi clinici e la disabilità funzionale intesa come funzionamento relazionale, sociale, familiare.

Classificazione DCA nel DSM 5

DCA: feeding and eating disorders

- AN
- BN
- Pica
- Rumination disorder
- Avoidant/restrictive food intake disorder
- BED

Other specified feeding or eating disorders

- purging disorder
- night eating syndrome

Unspecified Feeding or Eating Disorder

Come emerge dai vari documenti nazionali e regionali di programmazione sanitaria, oltre che dalla letteratura scientifica, la fascia di età più a rischio afferente ai servizi dedicati alla prevenzione e cura dei DCA è rappresentata dall'età 11-25/30 aa, con prevalenza del sesso femminile, anche se sono sempre più presenti casi di DCA in soggetti di sesso maschile.

Nei DCA non esistono studi di incidenza sulla popolazione generale. I dati si basano sui casi che si presentano all'osservazione clinica, pertanto, non è detto che corrispondano all'andamento nella popolazione generale. Tuttavia, l'incidenza aggiustata per sesso ed età (Santonastaso & Favaro, 2009) è valutata per l'anorexia e la bulimia nervosa nel sesso femminile, in termini di:

- 4,7-8,3 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per l'AN (con un rischio più elevato tra i 15 e i 19 anni);

Alfonso
21/7/2016
ASL BARI
UOC Risk Management
Medicina Legale
Dr. Vincenzo Defilippis
Dirigente Medico Responsabile

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per'invio, valutazione e presa in carico precoci

- 6,6-13,5 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per la BN (con un rischio più elevato tra i 20 e i 24 anni);

Nei soggetti di sesso maschile gli studi identificano stime di incidenza di circa un decimo di quelle per il sesso femminile nell'AN e di circa un trentesimo nella BN.

I DCA NAS sembrerebbero incidere per 70 nuovi casi annui per 100.000 abitanti (con un rischio più elevato tra i 12 e 23 anni).

La prevalenza (Favaro et al, 2003), è stimata tra:

- 0,3% attuale – 2% lifetime per l'AN;
- 1,8% attuale – 4,6% lifetime per la BN;
- 0,1-0,6% per il Binge Eating Disorder;
- 0,7% attuale – 2,6% lifetime per l'AN atipica;
- 2,4% attuale – 3,1% lifetime per l'BN atipica;
- 5,3-11% per tutti i DCA.

I DCA sono maggiormente presenti nei Paesi Occidentali e occidentalizzati, interessano tutte le classi sociali e sono soprattutto diffusi tra le donne. Tuttavia, la percentuale di uomini che si ammala di queste patologie è cresciuta negli ultimi dieci anni (10-20%). Tra i DCA NAS, il BED (Binge Eating Disorder) affliggerebbe il 30-40% della popolazione di soggetti obesi che si rivolge ai servizi medici e chirurgici per interventi di controllo del peso, interessa gli uomini quanto le donne e si manifesta in età più avanzata..

L'evoluzione dei disturbi dell'alimentazione è estremamente variabile. Non basta la normalizzazione del peso, del comportamento alimentare, l'assenza delle abbuffate o dei comportamenti di compenso, perché si possa parlare di guarigione. È necessario tenere conto di altri aspetti non meno importanti, quali la struttura di personalità, le relazioni familiari ed extrafamiliari, la vita affettiva, la sessualità, l'inserimento sociale e lavorativo.

I soggetti con anoressia nervosa hanno una probabilità di morire rispetto ai soggetti della popolazione generale della stessa età 12 volte più alta. Una meta-analisi di Sullivan (1995) su 42 studi pubblicati ha rilevato come il 54% dei decessi erano attribuibili al disturbo dell'alimentazione e le sue complicanze, il 27% dei decessi avvenivano per suicidio, il 19% dei decessi erano attribuibili a cause sconosciute. Sei sono i fattori che, da recenti studi, appaiono associati al rischio di morte nell'anoressia nervosa (Huas et al, 2011): età più elevata, lunga durata di malattia, precedenti tentativi di suicidio, abuso di diuretici, gravità dei sintomi alimentari, desiderio di un più basso peso corporeo all'osservazione. La morte, tuttavia, è un'evenienza possibile non solo nell'anoressia nervosa ma anche nella bulimia nervosa e nel disturbo da alimentazione incontrollata.

Tra i soggetti guariti da DCA, le percentuali di ricadute si aggirano intorno al 50%.

La posizione dell'Academy for Eating Disorders (AED) è che i DCA, in tutte le loro varianti, sono malattie mentali gravi biologicamente determinate e che necessitano dello stesso livello e della stessa ampiezza di cure di altre patologie psichiatriche quali la schizofrenia, il disturbo bipolare, la depressione maggiore, il disturbo ossessivo-compulsivo. L'AED ribadisce, inoltre, come non sia più sostenibile che i DCA ricevano scarsa attenzione e trattamenti non sufficienti, dato anche l'alto rischio di complicanze e mortalità per i soggetti affetti da queste patologie (Klump et al, 2009).

Si evidenzia che, secondo una ricerca condotta da Hoeck et al. nel 2003, solo il 43% dei soggetti affetti da AN viene riconosciuto dai medici di base e di questi il 79% giunge alla cura; solo l'11% dei soggetti affetti da BN viene riconosciuto dai medici di base e di questi il 51% giunge alla cura. I soggetti affetti da BED sono trattati, piuttosto nei servizi per il controllo del peso a causa del sovrappeso e dell'obesità conseguenti all'alimentazione incontrollata.

I soggetti con disturbo dell'alimentazione si presentano spesso all'osservazione clinica con altri sintomi psichiatrici. Gran parte della sofferenza psicologica manifestata dai soggetti con DCA può essere conseguenza della malnutrizione (Keys et al, 1950). Molto più spesso sottende in modo costante il disturbo alimentare una sintomatologia del tipo disturbi d'ansia, attacchi di panico, disforia, variabilità dell'umore, personalità pervasiva, abuso di farmaci, uso incostante di sostanze, elementi che caratterizzano il disturbo alimentare in quella persona e in quella fase di malattia e che possono aggravare il rischio di suicidio più alto in questi soggetti che in qualsiasi altra patologia psichiatrica.

Per tale motivo l'équipe di una unità operativa del DSM dedicata ai DCA, come la UOSVD DCA, è sempre

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci

preposta ad una valutazione specialistica approfondita ed al trattamento di soggetti che hanno una sintomatologia evidenziata in modo prevalente dal comportamento alimentare non adeguato associata in vario modo a sintomi psichiatrici, non costanti ma differenti a seconda delle fasi della malattia, che sono espressione di una caratteristica della personalità disfunzionale del soggetto .

Conseguentemente è fondamentale la valutazione e la presa in carico in prima istanza presso un'équipe di un servizio del DSM dedicato ai DCA come la UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" di un soggetto con disturbo DCA conclamato o sottosoglia, in presenza di una sintomatologia psichiatrica anche leggera, per un'attenta diagnosi differenziale rispetto ad altre patologie mentali, soprattutto per non favorire la cronicizzazione del disturbo stesso attraverso la presa in carico precoce.

PDTA e setting di cura dedicati ai DCA

Oltre alle indicazioni del Ministero della Salute 2013 e a quelle dell'ISS 2012, anche il documento dell'Assessorato alla Salute Puglia su Riorganizzazione dei DSM del maggio 2011 il Piano Sanitario Nazionale, infine, il Piano Nazionale di Azione della Salute Mentale del gennaio 2013 hanno indicato tra le competenze ed obiettivi del DSM servizi territoriali, differenti da quelli classici della salute mentale, con percorsi di cura dedicati ai DCA.

Il Ministero della Salute nei Quaderni Sanità di luglio 2013, infatti, ha integrato ed aggiornato lo stato dell'arte dei riferimenti clinici ed organizzativi per DCA a riguardo di prevenzione, cura e riabilitazione di tali malattie psichiatriche DCA attraverso il documento "Appropriatezza clinica, strutturale ed operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei DCA". Sono stati riconosciuti, infatti, come appropriati i dipartimenti di salute mentale e i cinque livelli assistenziali specifici e crescenti per DCA indicati di seguito

1. Rete dei MMG e PLS
2. Ambulatorio specialistico DCA di prima accoglienza
3. Ambulatorio Intensivo Day Service DCA territoriale ad attività diurna
4. Residenza riabilitativa extraospedaliera
5. Ricovero ospedaliero presso reparti internistici o psichiatrici in funzione della condizione clinica di urgenza del momento

Informazioni per l'invio, valutazione, presa in carico precoci presso la UOSVD DCA

La UOSVD DCA "Salvatore Cotugno" del DSM ASL BA è la Unità Operativa dipartimentale, diretta da uno Psichiatra Responsabile, preposta alla prevenzione, cura e riabilitazione dei DCA nel DSM, per i soggetti con DCA conclamato o sottosoglia sia della fase dello sviluppo sia adulta, operativa dal 2004, individuata nella LR23/08 come U.O. competente per la Macroarea centrale Puglia (tra Area FG e Area Le).

Essa ha sempre operato nell'ottica dei percorsi di cura dipartimentali ed aziendali dedicati ai DCA, dell'appropriatezza delle cure e dei livelli assistenziali specifici, della prevenzione sociale e secondaria, della formazione, del contrasto alla cronicizzazione, dando massima attenzione al contributo di Familiari/Genitori e utenti organizzati nell'Associazione rappresentativa per i DCA, nelle attività di prevenzione, informazione, cura, riabilitazione e programmazione a riguardo.

Dal 2009, infatti, vi è un'esperienza proficua a tal fine ed è accreditata e convenzionata presso la ASL BA, l'Associazione dei familiari e Genitori di pazienti DCA La Vela onlus che afferisce unicamente alla UOSVD DCA da statuto per supportare praticamente, istituzionalmente, presso la sede di Altamura, in modo diffuso sul territorio, presso qualcuno dei previsti Punti di Ascolto da attivare sul territorio aziendale, con familiari, amici ed esperti nei DCA l'équipe della struttura.

L'Associazione La Vela, regolarmente iscritta nell'Albo Regionale delle Associazioni di Volontariato, componente tra l'altro del Comitato Consultivo Misto della ASL BA, è operativa sul territorio aziendale da vari anni, oltre che da statuto, potenzialmente su tutto il territorio regionale. Inoltre è inserita nella mappa nazionale del Ministero della Salute per i servizi per i DCA pubblici ed associazioni di familiari correlate, afferente al DSM insieme ad altre ATSM. Dal 2015 è componente di Consult@noi, Consulta Nazionale Associazioni (familiari e pazienti) DCA.

Il contributo dell'associazione, con familiari e con esperti accreditati e formati presso la stessa UOSVD DCA in modo da poter contare su un supporto in linea e coerenza con il linguaggio della stessa équipe, avviene in varie attività programmate dalla UOSVD DCA. Ossia nel corso di interventi di prevenzione sociale dei DCA, nella fase di informazione ed invio alla struttura, nelle prime fasi della presa in carico, durante attività riabilitative e di psicoeducazione di gruppo, laboratori individuali e di gruppo.

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci

Oltre al numero di cellulare 3289451468 quale segreteria, l'Associazione La Vela sta perfezionando l'avvio, prevedendo un fase di sperimentazione per alcune ore e giorni alla settimana, il numero di cellulare 3892618887 a mò di numero verde da chiamare per aspetti generali inerenti il disturbo alimentare conclamato o sospetto, modalità di accesso ed invio alla UOSVD DCA, consigli pratici in ambito familiare o amicale.

Per essere precisi la UOSVD DCA del DSM ASL BA, con sede principale allocata presso PTA Altamura, è articolata in Punti di Ascolto (in fase di avvio), Ambulatorio Intensivo Day Service, Residenza Riabilitativa DCA (non attiva).

- a) 1° Livello: rete aziendale dei MMG/PLS.
- b) 2° Livello: n cinque Punti di Ascolto (in fase di attivazione)
- c) 3° Livello: Ambulatorio Intensivo Day Service con attività diurna sino alle ore 20.00, naturalmente anche con prestazioni del livello ambulatoriale specialistico standard, allocato presso PTA (ex PO) Altamura.
- d) 4° Livello Residenziale riabilitativo extraospedaliero. (da attivare)
Individuati anche gli ambienti per l'allocazione di n. 1 (una) struttura residenziale riabilitativa per DCA presso PTA (ex PO) Altamura.
- e) 5° Livello ospedaliero. Ricoveri in contesti ospedalieri internisti o psichiatrici per correlate situazioni cliniche di urgenza alle quali segue, alla dimissione, l'invio alla UOSVD DCA.

Tali livelli di assistenziali dei DCA consentono percorsi più articolati e integrati di diagnosi e cura, con livelli di intensità via via crescenti a favore di quell'utenza con maggiore complessità clinica o che non ha usufruito favorevolmente di precedenti trattamenti, non sempre appropriati o articolati in modo discontinuo presso varie agenzie sanitarie, spesso private. Il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo per i soggetti affetti da DCA dovrebbe sempre cominciare con un livello e programma terapeutico meno intensivo di cura presso la UOSVD DCA.

Rete MMG/PLS

Il Medico di Famiglia, come anche il PLS in funzione dell'età e passaggio al medico di famiglia, viene sempre coinvolto dalla UOSVD DCA nel corso del programma terapeutico della persona con DCA in carico alla struttura.

Infatti, anche a seguito del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2013- Contrasto ai DCA, oltre ai numerosi casi trattati negli anni, per molti MMG la UOSVD DCA è diventata ormai come un punto di riferimento clinico costante sul territorio della ASL BA ma anche di altre ASL non solo nella fase di invio ma anche nel mantenimento del programma terapeutico individuale del soggetto in carico alla stessa struttura.

Punti di Ascolto

In funzione dell'esperienza clinica ed organizzativa, della domanda di salute, del collegamento alla rete funzionale dei MMG e PLS, contatti frequenti informativi a cura dell'Associazione La Vela, di una migliore mappatura della ASL BA, sono stati previsti al momento cinque punti di ascolto, di cui uno come Punto di Ascolto/Accoglienza presso la sede della UOSVD DCA nel PTA Altamura. Allo stesso tempo sono stati avviati contatti con altre agenzie del sociale interessate ad attivare i suddetti, in sintonia con la programmazione della UOSVD DCA, dopo formazione da parte di quest'ultima per un linguaggio e metodologia comune.

Rispondono come indicazione, funzione ed organizzazione al Progetto Regionale del DIF 2015 di miglioramento dell'accoglienza di persone con DCA presso strutture come la UOSVD DCA, coinvolgente in particolare la ASL BA.

I Punti Ascolto devono avere orari di apertura programmata per ore e giorni nella settimana, in grado di favorire l'accesso di famiglie non ben informate su tali patologie, di soggetti non ancora motivati ad una valutazione specialistica per DCA, di soggetti con disturbi sottosoglia, di agenzie sociali presenti sul territorio.

Le attività previste sono di informazione e sensibilizzazione, prima accoglienza di familiari e/o utenti, psicoeducazione, socializzazione e collegamento al contesto socio-lavorativo. Queste attività saranno messe in atto da operatori del UOSVD DCA e/o esperti e familiari appartenenti alla Associazione di Familiari e Genitori DCA.

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per'invio, valutazione e presa in carico precoci

Ambulatorio Intensivo Day Service (ad attività diurna)presso il PTA Altamura

La UOSVD DCA, eroga, presso il PTA Altamura, come Ambulatorio Intensivo DS ad attività diurna interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi a distribuzione diurna, ossia sino alle ore 20.00, che permettono di incrementare la capacità di risposta assistenziale rispetto ad un'utenza con maggiore complessità clinica e di rispondere a più dell'80% della domanda di salute territoriale, insieme ai Punti di Ascolto, specifica per DCA.

Infatti erogando anche le prestazioni ambulatoriali standard DCA, consente al paziente la continuità terapeutica nello stesso contesto familiare, scolastico e/o lavorativo. Sono previsti i trattamenti tipici di un ambulatorio specialistico per DCA, interventi terapeutico-riabilitativi, pasti guidati, laboratori e attività di tipo espressivo, occupazionali, fisico-sensoriali ed artistici, di psicoeducazione, individuali e di gruppo, utili ad affrontare problematiche di tipo psicopatologico e nutrizionale resistenti al trattamento ambulatoriale semplice.

Al momento sono in carico circa n.290 utenti, con varie tipologie di programmi terapeutici individuali, in fase acuta, subacuta, mantenimento, a cui aggiungere per il 70% di essi i relativi familiari nonché le valutazioni per chirurgia bariatrica e altri ambiti clinici e medico-legali.

Per utilità dei PDTA, invio e presa in carico precoce, migliore accoglienza l'utenza in carico alla UOSVD DCA può essere suddivisa in due fasce di età con una differente prevalenza del tipo di disturbo.

La maggior parte dell'utenza, infatti, è rappresentata dalla fascia di età da 10 aa sino ai 40-45 aa ca con prevalenza di DCA classici dell'arca AN, BN, ex DCA NAS, BED, necessitante di un PTR individuale specifico più incisivo sul piano psichiatrico psicoterapeutico.

Ad essa segue la fascia di età 45-65 aa, generalmente con un DCA di tipo BED/Obesità, con un numero minore di utenti, necessitante di un PTR individuale differente e meno incisivo sul versante psicoterapeutico, con presenza di maggior comorbidità ed esiti organici, psichiatrici e di funzionamento sociale.

I due gruppi si differenziano conseguentemente per il PTR individuale di tipo ambulatoriale intensivo Day Service diurno, ambulatoriale standard subintensivo, di differente intensità e articolazione. In funzione di tipologia e complessità del DCA, compliance, età del soggetto e durata della malattia, priorità della presa in carico, obiettivi perseguibili per il miglior outcome, possibilità di drop out e cronicizzazione.

Si tenga conto che la durata media di un percorso terapeutico DCA è di circa 24 mesi, anche se sono in carico alla struttura utenti che seguono un PTR individuale da circa cinque anni con risultati significativi, pur considerando i fattori di mantenimento iniziali del disturbo, di un accesso ritardato alle cure, di precedenti trattamenti inappropriati.

Essendo interessata la fascia di età molto giovane con persone aventi un'età compresa tra 11 e 45 aa, impegnata a scuola/università o lavoro, insieme ai relativi familiari a loro volta con impegni lavorativi, la UOSVD DCA ha organizzato le attività assistenziali in modo flessibile, dinamico, cercando in ogni modo di permettere al soggetto DCA e suoi familiari di mantenere il collegamento, durante il lungo percorso terapeutico, con il proprio rispettivo contesto familiare, sociale, lavorativo, scolastico.

A tal fine, infatti, la unità operativa sin dal 2004 è sempre stata operativa front office dal lunedì al venerdì (escluso il giovedì) e prevalentemente nella fascia oraria pomeridiana sino alle ore 20.00 almeno.

Solo alcuni interventi terapeutici di minor complessità, in genere per DCA cronicizzati e per BED/obesi appartenente al gruppo minore con fascia di età 40-65 aa ea, oltre al lavoro di consulenza telefonica, collaborazione test, sono collocati nella fascia antimeridiana in due giorni della settimana.

Ciò è da considerarsi un elemento di qualità assistenziale, di accoglienza, di forte potere attrattivo,

Ai fini dell'invio ed informazioni per utenza o altre agenzie sanitarie e sociosanitarie, inoltre, si evidenzia che il modello di cura della UOSVD DCA è di tipo integrato multimodale e multiprofessionale con interventi psicoterapeutici (individuali e di gruppo), farmacologici, psicoeducazionali, di valutazione, di arte espressiva contestuali e tarati in funzione del disturbo alimentare, dell'età del soggetto e della fase, complessità della malattia, eventuali comorbidità.

La psicoterapia e la psicoeducazione costituiscono la struttura portante di ogni programma terapeutico individuale, tale da non poter essere interrotta e da praticarsi per lo più, data la maggior parte di utenti ragazzi, giovani e relativi familiari, nella seconda parte della giornata.

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci

Non ci sono farmaci riconosciuti efficaci nei DCA come AN e BN ma anche nel BED rispetto alle abbuffate. Gli interventi terapeutici devono essere articolati su più versanti, contestualmente, nella stessa struttura e a cura dei vari operatori dell'équipe DCA dedicata.

Una persona con DCA può passare da un livello/offerta assistenziale specifica all'altro anche nell'arco di un periodo di qualche mese (es sei mesi) o talora meno.

In particolare gli utenti possono avere la necessità di essere trattati nell'arco di qualche mese, in modo sequenziale, con interventi peculiari sia dell'Ambulatorio Specialistico Standard/Subintensivo e dell'Ambulatorio Intensivo Day Service ad attività diurna sia, eventualmente, di rientranti in un progetto riabilitativo residenziale extraospedaliero DCA.

Il progetto terapeutico coinvolge normalmente sia il soggetto con DCA sia i suoi familiari, in funzione dell'età dello stesso, del tipo di disturbo, del livello di funzionamento sociale, familiare e lavorativo.

Le attività previste e messe in atto presso la UOSVD DCA, coordinate dallo Psichiatra Responsabile, sono:

- a) Valutazioni multidimensionali e contestuali di tipo psichiatrico, psicologico, psicometrico, internistico e nutrizionale tramite visite psichiatriche e internistiche, colloqui psicologici e psichiatrici, colloqui familiari, test psicometrici; indagini di laboratorio e strumentali, consulenze specialistiche, valutazioni nutrizionali
- b) Trattamenti integrati e multidisciplinari di tipo psichiatrico, psicologico, psicoterapico, psicosociale, internistico/nutrizionale tra cui: visite e colloqui psichiatrici; consulenze internistiche (specialista di fiducia); colloqui psicologici/psicoterapici; terapia psicoeducazionale per pazienti e genitori, psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia familiare, psicoterapia interpersonale, terapia nutrizionale e/o riabilitazione psiconutrizionale, pasti assistiti (non a regime); gruppi su: diario alimentare, programmazione e revisione del tempo libero, espressione delle emozioni, sessualità; incontri psicoeducazionali di gruppo multi-familiari; terapie non-verbali e laboratori espressivi.
- c) Gestione, diretta ed indiretta, di complicanze e comorbidità mediche e psichiatriche.
- d) Attività finalizzate a supportare l'utente nel percorso di studio
- e) Valutazioni specialistiche per soggetti obesi eleggibili a trattamenti chirurgici di riduzione del peso (Chirurgia Bariatrica)
- f) Valutazioni periodiche di outcome e di follow-up
- g) Definizione di progetti riabilitativi individuali per i pazienti del territorio di competenza da avviare presso una Struttura Riabilitativa Residenziale per DCA.
- h) Prevenzione sociale/primaria e secondaria specifica dei DCA
Formazione ed informazione per MMG e PL sul tema. Contatti con contesto sociale come scuole, società sportive, scuole di danza, nel continuare di fatti quanto messo in atto con il Piano Regionale Prevenzione 2010-2013- Contrasto ai DCA. La prevenzione dei DCA, secondo le varie linee guida deve avvenire a cura di operatori sanitari dedicati alla prevenzione e cura dei DCA.
- i) Lavoro di rete per il coordinamento dei percorsi di cura aziendali dedicati per DCA, con il collegamento costante con i vari MMG e PLS dei soggetti in carico, con strutture riabilitative DCA, ginecologi, altri specialisti
- j) Valutazione di appropriatezza e filtro di richieste individuali di residenzialità riabilitativa per DCA. Monitoraggio e verifica del progetto riabilitativo residenziale DCA individuale.
La UOSVD DCA in undici anni di attività ha sempre operato in termini di percorsi di cura dedicati ai DCA ponendo come obiettivo l'appropriatezza delle cure e dei livelli assistenziali sul territorio della ex AUSL BA 3 e dell'attuale ASL BA. Nella ASL BA opera come filtro per le frequenti richieste di residenzialità riabilitativa tout court, spesso inappropriate anche come procedura amministrativa, come nel caso dell'ex art. 26 della L 833/78.
- f) Infatti effettua consulenze per la valutazione specialistica per DCA di soggetti BED/Obesi-BED inviati dai DSS/UVM da avviare a trattamenti riabilitativi per patologie organiche conseguenti e correlate alla condizione clinica di sovrappeso/obesità.

Residenza Riabilitativa extraospedaliera per DCA

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per'invio, valutazione e presa in carico precoci

Il percorso riabilitativo extraospedaliero rappresenta una parte del programma terapeutico individuale predisposto dalla UOSVD DCA in funzione della durata della malattia, tipo di DCA, età, cronicizzazione, fase della malattia.

L'invio in Residenza avviene su PTR individuale della UOSVD DCA che verifica la presenza delle indicazioni al trattamento in regime residenziale inserito, appunto, all'interno di un unico programma terapeutico individuale della persona presa in carico.

La residenza riabilitativa extraospedaliera, di tipo psichiatrico, si differenzia da quelle per patologie psichiatriche classiche per tipologia utenti, tipologia di progetti riabilitativi.

Permette la gestione clinica di un 15 max 20% casi con DCA che nel corso del percorso ambulatoriale presentano un peggioramento o una condizione di stazionarietà sfavorevole delle caratteristiche cliniche, di rituali, risorse terapeutiche individuali e della famiglia, di funzionamento sociale e della durata di malattia o cronicizzazione del DCA.

La durata dei percorsi riabilitativi residenziale DCA extraospedaliero, su progetto terapeutico individuale a cura della UOSVD DCA del DSM, è compresa tra tre e cinque mesi salvo eventuali necessità di proroga da valutare singolarmente in funzione degli obiettivi riabilitativi preposti.

Tale percorso riabilitativo residenziale psichiatrico specifico per i DCA non rientra, pertanto, tra quelli tipici dell'ex articolo 26 legge 833/78.

La possibilità di ricadute (molto frequenti nei primi mesi dalla dimissione) è, infatti, uno dei problemi principali associati al trattamento residenziale, in quanto il ricovero h24 non consente al paziente l'esposizione a quei fattori ambientali di mantenimento del disturbo sui quali è necessario intervenire nella fase post-ricovero, se non si verificano già prima delle dimissioni cambiamenti significativi del sistema familiare e sociale del soggetto. Pertanto, è opportuno e necessario che il paziente alla dimissione sia inserito dalla UOSVD DCA in un trattamento in regime ambulatoriale specialistico/intensivo day service e alla valutazione del follow-up a medio (sei mesi) e lungo (1-5 anni) termine.

Nella programmazione della UOSVD DCA, come indicato nella LR 23/2008, sono stati previsti gli ambienti per la residenza riabilitativa DCA presso lo stesso PTA (ex PO) di Altamura. L'apertura della residenza è a ciclo continuo h 24 per un massimo di 20 pazienti con moduli flessibili in funzione della tipologia e durata del DCA, del sesso ed età; in genere non sono previsti ingressi in residenza per DCA al di sotto dei 14 aa proprio per appropriatezza terapeutica, presenza di risorse terapeutiche individuali e familiari, possibilità alta di favorire ulteriori comportamenti patologici nei DCA, mantenere il contatto con il contesto scolastico e sociale

Ricovero ospedaliero

Il ricovero in ambiente internistico è indicato quando vi sia elevato rischio fisico che può determinarsi per un peso corporeo eccessivamente basso, per perdita di peso consistente e repentina; elevata frequenza di vomito autoindotto, uso inappropriato ed eccessivo di lassativi e diuretici; esercizio fisico eccessivo e compulsivo quando presente grave sottopeso; astenia, edemi, confusione, alterazioni del ritmo o frequenza cardiaca < 40 battiti al minuto; ipotermia severa. In definitiva, in tutti quei casi in cui vi siano condizioni cliniche che possono compromettere la sopravvivenza del paziente.

Il ricovero è finalizzato al raggiungimento di un minimo di equilibrio e stabilità delle condizioni mediche, è dunque di breve durata e propedeutico ad un ricovero in regime residenziale o comunque a un trattamento specifico più intensivo.

Allo stesso modo per ricoveri in ambiente psichiatrico per la presenza di sintomatologia psichiatrica di tipo autolesionistico, di DCA di lunghissima data con cronicizzazione con esiti psichiatrici e grave perdita del funzionamento sociale.

In ogni caso per le due tipologie di ricoveri ospedalieri deve essere previsto alla dimissione l'invio alla UOSVD DCA per i pazienti di competenza territoriale, possibilmente previo contatto telefonico con la stessa.

Accesso alle prestazioni della UOSVD DCA e procedura per Esenzione Ticket per patologia AN e BN

1. L'accesso alla valutazione, consulenza e presa in carico presso la UOSVD DCA avviene dopo appuntamento dato dalla struttura con ricetta del MMG/PLS previa regolarizzazione presso le sedi CUP aziendali. Le ricette devono riportare codici e relative prestazioni sanitarie previste erogate dalla UOSVD DCA, due delle quali specifiche e legate a tale unità operativa.

2. La UOSVD DCA potrà dare precise indicazioni in fase di appuntamento e consegnare all'utente, al primo e agli incontri successivi, un prestampato con codici, centro di costo, numero di prestazioni
3. Secondo normativa sui LEA, DM 229/99 ancora attuale ed in fase di aggiornamento per varie patologie, è prevista l'esenzione ticket per patologia, Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, su certificazione rilasciata dalla UOSVD DCA dopo la fase di valutazione specialistica di tre incontri almeno che prevede valutazione psichiatrica, psicologica, nutrizionale, psicodiagnostica.
4. Tale esenzione dà diritto ad usufruire di prestazioni psichiatriche ambulatoriali e di alcune indagini di laboratorio, rientranti e definite dai LEA.
5. In tal modo la persona con DCA in carico alla UOSVD DCA potrà usufruire di cicli di prestazioni psichiatriche con un massimo di otto incontri da rinnovare a conclusione di quello in corso. Si evita così il disagio per l'interessato e/o sua famiglia di rivolgersi ogni volta al MMG/PLS.
6. Gli incontri terapeutici su approccio psicoeducativo con familiari, di coppia e di gruppo, rientrano in alcune prestazioni psichiatriche in esenzione, prescritte anche a pacchetti di massimo otto sedute.
7. La definizione eventuale da parte della Regione Puglia di un pacchetto di prestazioni sanitarie specifiche e minime, comporterà una ridefinizione delle modalità di accesso alle cure per l'utenza.
8. Non è prevista al momento l'esenzione ticket per BED

Procedure della UOSVD DCA operative nella ASL BA per la definizione di un progetto riabilitativo residenziale DCA con accesso a strutture residenziali riabilitative extraospedaliere per DCA

1. Una delle criticità di sistema ed elementi di non appropriatezza del trattamento è rappresentata dalle richieste, spesso frequenti, alla UOSVD DCA di accesso alle cure direttamente al livello residenziale riabilitativo extraospedaliero per DCA.
2. Tale eventualità riguarda spesso soggetti appartenenti alla ASL BA che, per informazione non adeguata, incompleta, anche nel corso di cure presso specialisti di fiducia o servizi sanitari non dedicati alla cura dei DCA, talora anche di altre ASL o regioni, si rivolgono direttamente a strutture riabilitative residenziali extraospedaliere per DCA per il cui accesso necessita un progetto riabilitativo individuale specifico a cura della UOSVD DCA con impegno di spesa della ASL BA correlato. Di fatti la richiesta di ingresso in struttura riabilitativa extraospedaliera per DCA avviene su indicazione della stessa ai familiari, dopo aver effettuato alcune visite specialistiche prenotate autonomamente.
3. Trattasi di una criticità sia sul piano procedurale, rispetto a riferimenti organizzativi di salute mentale nazionali, regionali e della ASL BA, sia sul piano dell'appropriatezza assistenziale per DCA. Infatti un intervento residenziale riabilitativo DCA deve essere sempre inserito in un programma terapeutico individuale messo in atto dal servizio dedicato ai DCA competente territorialmente, come la UOSVD DCA, in cui il percorso terapeutico cardine avviene con il livello ambulatoriale/ambulatoriale intensivo. Come sopra riportato, il percorso riabilitativo extraospedaliero, di tipo psichiatrico per DCA, rappresenta una parte del programma terapeutico individuale predisposto dalla UOSVD DCA in funzione della durata della malattia, tipo di DCA, età, cronicizzazione, fase della malattia.
4. Appare opportuno puntualizzare che trattasi non di un ricovero per acuzie in ambiente ospedaliero. Sono presenti in varie regioni italiane alcune strutture sanitarie per acuzie, tipo Case di Cura, Cliniche, Ospedali, che erogano, a seconda della rispettiva normativa regionale, oltre ad un ricovero ospedaliero ordinario, anche un percorso riabilitativo residenziale e semiresidenziale di limitata durata (in genere 30gg) con accesso tramite ricetta del MMG e in mobilità ospedaliera.
5. L'evidenza scientifica evidenzia dei criteri clinici considerati dalla UOSVD DCA per predisporre il progetto riabilitativo individuale di soggetti con DCA classici come AN e BN. Non ci sono evidenze scientifiche sulla efficacia e/o durata di un progetto riabilitativo residenziale extraospedaliero per soggetti BED/obesi.
6. Il progetto riabilitativo residenziale extraospedaliero per DCA non rientra nella riabilitazione secondo l'articolo 26 della L833/78, considerata di tipo post-acuzie, che interessa patologie di tipo neurologico, ortopedico, insufficienza mentale e similari.
7. Non è prevista dalla maggior parte delle strutture riabilitative residenziali extraospedaliere una residenzialità riabilitativa per soggetti con meno di 14 anni.
8. Quando il soggetto non è già in carico o valutato recentemente presso la UOSVD DCA, il soggetto che si rivolge a quest'ultima con richiesta di invio in struttura riabilitativa extraospedaliera per DCA,

UOSVD DCA- Aggiornamento 2016 PDTA DCA aziendali- indicazioni per l'invio, valutazione e presa in carico precoci

deve effettuare la prenotazione della prima visita di valutazione DCA, dopo contatto telefonico con la stessa UOSVD DCA.

9. L'accesso alla prima visita avviene sempre dopo regolarizzazione della ricetta del MMG/PLS indicante la prestazione e il centro di costo della UOSVD DCA: 0439 UOSVD DCA- PTA Altamura. Ad essa seguono le altre due/tre visite per la definizione dell'appropriatezza dell'intervento riabilitativo residenziale extraospedaliero DCA rispetto al quadro clinico presentato.
10. La definizione del progetto riabilitativo residenziale individuale predisposto dopo la conclusione della valutazione suddetta tiene conto del caso clinico, delle caratteristiche assistenziali della struttura riabilitativa, della durata prevista (in genere tra i tre e cinque mesi), della eventuale proroga (di minor durata rispetto al periodo iniziale) per portare a termine o in fase utile alcuni obiettivi riabilitativi.
11. Rispetto all'eventuale proposta di utente e familiari di alcune strutture riabilitative extraospedaliere DCA, sono considerati dalla UOSVD DCA le tipologie di attività riabilitative e/o socializzanti specificate dalla struttura residenziale ai fini dell'appropriatezza terapeutica rispetto al caso clinico. Inoltre si considerano eventuali significative discrepanze del valore della retta giornaliera tra alcune residenze riabilitative eleggibili per quel progetto riabilitativo e a parità di interventi terapeutico-riabilitativi offerti. Infine si tiene conto anche del budget riabilitativo assegnato alla UOSVD DCA utilizzato sino a quel momento, anche considerando altri progetti riabilitativi in corso, in fase di valutazione, in lista d'attesa.

Riferimenti per l'invio alla UOSVD DCA

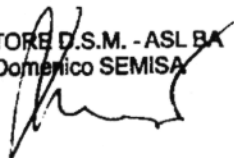
1. Per l'invio, valutazione e presa in carico precoci di utenti della ASL BA in primis, ma anche di altre ASL, è possibile contattare la UOSVD DCA, negli orari di apertura, prevalentemente pomeridiani/serali, escluso il giovedì (solo fascia antimeridiana), sino al venerdì sia per la presentazione del caso sospetto sia per le indicazioni pratiche.
2. Qualora la persona con DCA conclamato o sospetto non è compliant, il primo incontro presso la UOSVD DCA può avvenire anche con i soli familiari.
3. L'accesso per la prima visita alla UOSVD DCA, a cura dello Psichiatra Responsabile della struttura, su appuntamento preso telefonicamente, direttamente presso la struttura, tramite MMG/PLS o altre agenzie sanitarie invianti. Esso avviene tramite ricetta del MMG/PLS, con la specifica prestazione indicata, preventivamente registrata presso uno dei CUP- Ticket della ASL BA; vedi sopra paragrafo ad hoc.
4. Gli incontri successivi alla prima visita sono definiti direttamente dalla presso la UOSVD DCA.
5. Per favorire l'invio e l'accesso alla valutazione specialistica della UOSVD DCA, anche qualora presenti elementi di stigma sociale in merito a tali patologie psichiatriche particolari, è possibile contattare i Punti di Ascolto, in fase di attivazione, con presenza di esperti e componenti della Associazione Familiari e Genitori

6. Recapiti della UOSVD DCA "Salvatore Cotugno":

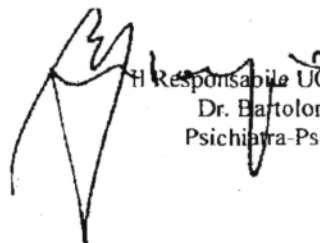
- tel 0803108558/56/55
- Fax: 0803108271
- email: centrodca.dsm@asl.bari.it
- Facebook: <https://www.facebook.com/Centro-Disturbi-Comportamento-Alimentare-ASL-BA-UOSVD-DCA-99298654986/?fref=ts>

Si allega bibliografia a parte per maggior praticità

IL DIRETTORE D.S.M. - ASL BA
Dott. Domenico SEMISA



Il Responsabile UOSVD DCA
Dr. Bartolomeo Giorgio
Psichiatra-Psicoterapeuta



- Dalle Grave R. Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press, 2012
- Dalle Grave R. Intensive cognitive behavioural treatment for eating disorders. *Eur Psychiatr Rev* 2011; 4:
- Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther* 2013; 51: R9-12
- De Lorenzo A, Bianchi A, Maroni P, et al. Adiposity rather than BMI determines metabolic risk. *Int J Cardiol* 2013; 166: 111-7
- De Lorenzo A, Petramala L, Di Renzo L. Valutazione dello stato nutrizionale e malnutrizione da carenza energetica e proteica. In: Brunetti P, Santeusano F (Eds). *Malattie delle Ghiandole Endocrine, del Metabolismo e della Nutrizione*. Padova: Piccin, 2011
- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *J Clin Psychol* 1997; 33: 981-9
- Deurenberg P, Andreoli A, Borg P, et al. The validity of predicted body fat percentage from body mass index and from impedance in samples of five European populations. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55: 973-9
- Donini LM, Brunani A, Sirtori A, et al. Assessing disability in morbidly obese individuals: the Italian Society of Obesity test for obesity-related disabilities. *Disabil Rehabil* 2011; 33: 2509-18
- Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al. Obesità e disturbi dell'alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Documento di consensus. *Eat Weight Disord* 2010; 15 (Suppl. 1-2): 1-31
- Dotti A, Lazzari R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eat Weight Disord* 1998; 3: 188-94
- Eisler I, Simic M, Russell GF, et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 552-60
- Fairburn CG. Come vincere le abbuffate. Un nuovo programma scientifico. Verona: Positive Press, 2008
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013; 51: R2-8
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-16
- Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, et al. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 376-83
- Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F, et al. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 412-25
- Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, et al. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1715-21
- Favaro A, Santonastaso P. *Anorexia e bulimia. Una guida per genitori, insegnanti e amici*. Verona: Positive Press, 2002
- Favaro A, Zanetti T, Huon G, et al. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 73-7
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *SCID-I. Interviste Cliniche Strutturate per il DSM-IV*. Firenze: Giunti OS, 2000
- Fuentebella J, Kemer JA. Refeeding syndrome. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56: 1201-10
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9
- Giannini M, Pannocchia P, Dalle Grave R, et al. *Eating Disorder Inventory-3*. Firenze: Giunti OS, 2008
- Gormally J, Block S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7: 47-55
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94
- Jensen GI, Mirtallo J, Compher C, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *J Parenter Enteral Nutr* 2010; 34: 156-9
- Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 195-204
- Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003; 129: 747-69
- Keys A, Brozek J, Henschel A, et al. *The biology of human starvation, vol. 2*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
- Khan LU, Ahmed J, Khan S, Macfie J. Refeeding syndrome: a literature review. *Gastroenterol Res Pract* 2011; 2011: 410971
- Lautenbach A, Kulinna U, Löwe B, Rose M. 100 kg more or less, still the same person (and disorder): from overweight to underweight – exacerbation of an eating disorder after bariatric surgery. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 280-3

- Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1025-32
- Löser C, Aschl G, Hébuterne X, et al. ESPEN guide- lines on enteral nutrition-percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition* 2005; 24: 848-61
- Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (Eds). *Eating disorders*. Chichester: Wiley, 2003
- Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Rotella CM. Studio del comportamento alimentare con una intervista strutturata: la Eating Disorder Examination. *Il Diabete* 1996; 8: 127-31
- Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, et al. Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. *Eat Weight Disord* 2007; 12: 70-82
- Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008; 336: 1495-8
- Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab* 2010; 2010: 625782
- Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 573-8
- Monteleone P. Anoressia e bulimia nervosa. *NOOS* 2009; 15: 1
- Monteleone P, Castaldo E, Maj M. Neuroendocrine dysregulation of food intake in eating disorders. *Reg Pept* 2008; 149: 39-50
- Monteleone P, Maj M. Genetic susceptibility to eating disorders: associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. *Pharmacogenomics* 2008; 9: 1487-520
- National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence, 2004. www.nice.org.uk/search. Ultima consultazione: giugno 2013
- Pannocchia L, Fiorino M, Giannini M, Vanderlinden J. A psychometric exploration of an Italian translation of the SCOFF questionnaire. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 371-3
- Park KK, Freedman A. Dermatologic indicators of eating disorders. *J Drugs Dermatol* 2010; 9: 412-17
- Patrik L. Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Alt Med Rev* 2002; 7: 184-202
- Pelizzo G, Nakib G, Alfei A, et al. Fetal neural tube defects in pregnant women previously submitted to bariatric surgery: more attention to a new emerging entity. *Prenat Diagn* 2013; 33: 196-7
- Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, et al. ESPEN guide- lines on parenteral nutrition: central venous catheters. *Clinical Nutrition* 2009; 28: 365-77
- Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD002891
- Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124: 6-17
- Preti A, Usai A, Miotto P, et al. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res* 2008; 30: 86-94
- Raeuori A, Hoek HW, Susser E, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009; 4: e4402
- Russell GF, Szukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047-56
- Santonastaso P, Mondini S, Favaro A. Are fashion models a group at risk for eating disorders and substance abuse? *Psychother Psychosom* 2002; 71: 168-72
- Santonastaso P, Monteleone P, Mauri M, et al. Disturbi della condotta alimentare. In: Cassano GB, Tundo A (Eds). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino: UTET, 2006, p. 499
- Santonastaso P, Scicluna D, Colombo G, et al. Eating disorders and attitudes in Maltese and Italian female students. *Psychopathology* 2006; 39: 153-7
- Senna G, Passalacqua G, Lombardi C, et al. Diagnostica delle allergopatie e test "alternativi". *MD Medicinae Doctor* 2008; 15: 28-35
- Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, et al. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. In *J Eat Disord* 2007; 40: 321-36
- Singer P, Berger MM, Van den Berghe G, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: intensive care. *Clinical Nutrition* 2009; 28: 387-400
- Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. Nutrizione artificiale nel paziente con disturbi del