



Al Senato della Repubblica

Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro Pubblico E Privato, Previdenza Sociale

Oggetto: audizione nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 599-990, in materia di disturbi del comportamento alimentare.

Introduzione

I disturbi riconosciuti dal DSM-5 come Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), intesi come Anoressia (AN), Bulimia (BN), il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o più comunemente Binge Eating Disorder (BED/DAI) e Disturbo evitante/restrittivo (ARFID), sono severi disturbi mentali a patogenesi multifattoriale, in cui si intersecano problematiche di tipo biologico, intrapsichico, familiare e socio-culturale (*Klump, 2009*) e necessitano di trattamenti specializzati, ad alto livello di integrazione. Ne soffrono soprattutto i giovanissimi ed è un fenomeno che, complici pandemia e lockdown, è in forte crescita. Nel territorio dove esistono equipe strutturate e competenti si è assistito ad un aumento dal 30 al 50% dei casi in soli 4 anni. L'espressione di sintomi su più livelli (psichico, fisico, alimentare) rende necessario un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare (*Consensus Conference 2012, QdS 2013, NICE 2017, APA 2023*). Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce, ovvero il 30% in più nella fascia d'età 12/25 anni.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) insorgono in età giovanile, tendono ad avere decorso lungo e complesso, mostrano elevata comorbidità e spesso comportano ridotte capacità di funzionamento relazionale e sociale con alti costi, diretti e indiretti, per i pazienti, le loro famiglie e la società (*Treasure, 2010*). I trattamenti possono coinvolgere molti servizi e setting assistenziali e una vasta varietà di approcci e tecniche, mentre le linee guida internazionali e nazionali sono concordi nel raccomandare (*NICE, 2008, 2017*) una presa in cura multidisciplinare, multi professionale e longitudinale, basata sul livello ambulatoriale e condivisa all'interno di una rete integrata di servizi.

Date queste premesse, per il sistema di cura sarebbe particolarmente importante disporre di dati attendibili di incidenza e prevalenza dei DnA, così come di evidenze sull'efficacia dei trattamenti e sull'appropriatezza dei percorsi di cura. Gli studi condotti a livello internazionale rendono tuttavia molto difficile confrontare i tassi a causa dell'ampia eterogeneità di metodologie e di criteri d'inclusione, e riportano spesso esiti a breve termine, riferiti a singoli setting di trattamento o a tecniche specifiche. Per quanto riguarda l'Italia, le stime di prevalenza e incidenza sono limitate e a tutt'oggi non è possibile ricostruire un quadro complessivo dell'organizzazione, delle prestazioni e degli esiti dei trattamenti, perché le fonti informative di solito forniscono dati parziali, prevalentemente ospedalieri, riferiti a frammenti del percorso assistenziale. A fronte di queste criticità, nell'ultimo decennio sono state intraprese per i DnA molte iniziative a livello locale o regionale, allo scopo di ottenere maggiori informazioni, offrire migliore formazione e sviluppare modelli appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione (*Piazza, A., et al. (2016), Health services utilization in patients with eating disorders: evidence from a cohort study in Emilia-Romagna, Eat Weight Disorder, DOI 10.1007/s40519-016-0323-3*).

L'incidenza dell'anoressia nervosa (AN) è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. L'incidenza

della bulimia nervosa (BN) è stimata essere di almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. Non ci sono dati attendibili per quanto riguarda l'incidenza del disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*= BED) che riguarda il 25-30% dei pazienti obesi.

Sarebbe auspicabile istituire un osservatorio epidemiologico a livello nazionale poiché i dati sono estratti dalle singole realtà regionali o dalle fonti informatiche del flusso SISM della salute mentale; si rimanda al lavoro della piattaforma Ma.Nu.Al. dell'Istituto Superiore della Sanità che potrebbe essere una valida prospettiva di raccolta dati nazionale.

La prevalenza puntiforme dell'anoressia nervosa nelle giovani donne è stimata tra lo 0,2% e lo 0,9%, mentre quella della bulimia nervosa è stimata tra lo 0,5% e l'1,8%.

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza *life time* dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati stimati dello 0,3%, dello 0,5% e del 2%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa e 6,2% per il BED e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

La recente conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it), patrocinata dal Ministero della Salute, ha raccomandato che in Italia siano condotti studi di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni della popolazione generale, per consentire un aggiornamento dei dati disponibili.

Tutti i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nel sesso femminile. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% dei casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di BED.

Nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, l'età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre nel BED essa è distribuita in un ampio intervallo (dall'infanzia alla terza età).

Nell'eziologia dei disturbi dell'alimentazione intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali.

Le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione (in particolare dell'anoressia nervosa e del BED associato a obesità) sono relativamente frequenti e possono interessare tutti gli organi e apparati, soprattutto nei casi di malnutrizione accentuata per difetto o eccesso. La maggior parte di queste complicanze regredisce con la ripresa di una regolare alimentazione e/o il recupero di un normale peso corporeo.

Nei disturbi dell'alimentazione gravi e di lunga durata si osservano notevoli difficoltà interpersonali, scolastiche e lavorative ed è frequente l'associazione di altre patologie psichiatriche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, dipendenza da alcool o da sostanze).

Il tasso di mortalità corrisponde al 10% dei casi con DNA, collocandosi come seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali.

È quindi indispensabile intervenire come recita la nostra Costituzione a tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Il disegno di Legge prevede l'introduzione dell'Art. 5880bis del Codice Penale – (Istigazione al ricorso di condotte alimentari idonee a provocare o rafforzare i disturbi del comportamento alimentare)”. Considerate le premesse, proporremo la seguente rettifica: *“Qualora il soggetto di cui al primo comma si trovi, previo accertamento medico, affetto da disturbo del comportamento alimentare (ciò accade nella maggior parte dei casi degli autori dei siti Pro Ana), la sanzione della pena detentiva è commutata nella segnalazione da parte dell'autorità giudiziaria agli organismi sanitari competenti (ai Centri di riferimento per la cura dei DnA o in solo assenza ai Dipartimenti di Salute Mentale o Servizi per le Tossicodipendenze), i quali dovranno avviare la presa in carico del reo e attuare tutte le procedure diagnostico-terapeutiche del caso.”*

Modelli organizzativi

Come già sottolineato i disturbi dell'alimentazione presentano una genesi multifattoriale nella quale si intrecciano con modalità e gravità diverse, aspetti nutrizionali e organici, psichici e sociali, ne deriva quindi la necessità di attivare una rete di servizi sanitari specialistici per garantire risposte assistenziali adeguate. La realizzazione di tali servizi viene resa difficoltosa dalla complessità sopra citata, quindi ai fini di creare una risposta articolata risulta necessario fare riferimento ad un approccio di "public health" centrato sulla quantificazione dei bisogni, sulla predisposizione di équipe locali multi professionali, sulla costituzione di reti (riferite a vaste aree di pertinenza, organizzate in livelli di intensità clinico-assistenziali diversificati) e sulla condivisione di indirizzi e raccomandazioni standardizzate, per la qualificazione tecnico-professionale dell'assistenza.

È ritenuto fondamentale mantenere i pazienti il più possibili prossimali al territorio di residenza per favorire sia l'intensità, sia la continuità delle cure.

Sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:

- 1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;**
- 2. Terapia ambulatoriale;**
- 3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);**
- 4. Riabilitazione intensiva residenziale;**
- 5. Ricoveri ordinari e di emergenza.**

Questi livelli d'intervento, descritti in dettaglio nel Quaderno della Salute n. 17/22, con le loro specificità strutturali e operative, sono da considerarsi elementi di una rete assistenziale, che va articolata sia longitudinalmente, sia trasversalmente (APA, 2023).

1. **Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta**, cui ruolo è essenziale per la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce, la valutazione del rischio fisico, l'invio ai centri specialistici, il trattamento dei casi lievi e il follow-up.
2. La **terapia ambulatoriale** è l'intervento di elezione nel 70% delle persone affette da disturbi dell'alimentazione. Essa coinvolge diverse figure professionali (psichiatra, neuropsichiatra infantile, psicologo psicoterapeuta, medico specialista in area nutrizionale, dietista, educatore, infermiere) in una prospettiva integrata e include, quando indicato, gli interventi motivazionali, la gestione psicofarmacologica, l'utilizzo di psicoterapie la cui efficacia è basata sull'evidenza, la psicoeducazione, la terapia/riabilitazione nutrizionale e la gestione dietologica/internistica, il supporto e la psicoeducazione dei familiari.
3. Il **trattamento in regime ambulatoriale intensivo** è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard (circa il 30% degli utenti con DnA). La terapia ambulatoriale intensiva va attuata da un'équipe multi professionale composta da psichiatri, psicologi, medico specialista in area nutrizionale e dietisti, infermieri ed educatori. Nell'ambito territoriale non c'è ancora un Servizio territoriale "DNA" in tutte le aziende che possa svolgere le funzioni complesse come il Day Service (percorso complesso, comprensivo di prestazioni non ancora comprese nel nomenclatore, con un medico responsabile del percorso). Dovrebbe essere identificato il Servizio Territoriale specialistico, che possa erogare prestazioni da definire nel PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e Day Service, anche se non sono singolarmente comprese nel nomenclatore. Tale servizio svolge prestazioni di "pasti assistiti", che risultano essere efficaci nel trattamento intensivo ambulatoriale ma non definite nel nomenclatore.
 - a. La terapia ambulatoriale intensiva stata ideata per affrontare solo specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo). Una volta affrontati con successo questi ostacoli, il trattamento continua con la terapia ambulatoriale standard. In tal modo si evita il ricorso a trattamenti intensivi più costosi, come il ricovero ordinario o in RTI.
 - b. La terapia ambulatoriale intensiva ha due vantaggi rispetto al tradizionale trattamento in day-hospital: è meno costosa e consente al paziente di continuare ad affrontare il disturbo dell'alimentazione con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale standard, evitando così l'interruzione della relazione terapeutica.

- c. Il trattamento per terapia e riabilitazione internistico-nutrizionale, in pazienti con maggior gravità e secondo le indicazioni di tutte le L.G. internazionali e nazionali (Quaderni del Ministero della Salute, 2013, NICE, 2004, 2017, APA 2023), comprende: visite medico-dietologiche, dietistiche, psicoterapiche, psichiatriche, NPI; terapie infusionali e supplementazione orale; pasti assistiti; attività di gruppo psico-educazionali, attività di atelier (laboratori attività espressive/occupazionali).
4. La **riabilitazione intensiva/estensiva residenziale** è indicata in caso di mancata risposta al trattamento ambulatoriale o presenza di un rischio fisico o psichiatrico o di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale. Essa è basata su un progetto riabilitativo individuale, che comprende l'intervento psicoterapeutico, la riabilitazione nutrizionale, la riabilitazione fisica e la gestione delle complicanze mediche/psichiatriche.
5. Il **ricovero ordinario** può essere attuato in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave, o in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario o della comorbidità psichiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

La riabilitazione nutrizionale dei disturbi dell'alimentazione va effettuata da personale specializzato, all'interno di un approccio interdisciplinare, sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza parziale o totale, in grado di gestire oltre alle complicazioni nutrizionali, la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione e la psicopatologia generale eventualmente presenti.

L'OFFERTA ASSISTENZIALE A LIVELLO NAZIONALE

Il Fondo Ministeriale (Legge 30 dicembre 2021, n. 234 – legge di bilancio 2022), che ha fornito 15 milioni di euro nel 2022 e 10 milioni di euro nel 2023 (articolo 1 comma 688, della legge n. 234 del 2021), è stato istituito dopo una crescita allarmante del numero di pazienti durante il COVID-19 (le diagnosi di anoressia e bulimia sono raddoppiate tra il 2019 e il 2023, secondo il Ministero della Salute). Gli obiettivi del Fondo di emergenza erano di garantire cure di base e consistenti in tutto il Paese e di migliorare la diagnosi precoce, attraverso il reclutamento di personale e la promozione dell'educazione e della formazione per i professionisti sanitari e le famiglie. Anche se non sufficiente, il Fondo di emergenza è stato il primo segnale importante e stava facendo la differenza, permettendo il consolidamento dei centri esistenti e la costituzione dei Centri laddove inesistenti. Nelle more dell'aggiornamento delle prestazioni LEA proprio per tali disturbi, il Fondo vede impegnate tutte le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella creazione di una rete sul territorio nazionale con l'obiettivo di offrire assistenza specializzata e dunque rendere disponibili le stesse opportunità di cura e di presa in carico per coloro che soffrono di queste gravi patologie e per i loro familiari. Tutte le Unità Operative coinvolte nei Piani di attività regionali e provinciali hanno impegnato la massima parte del Fondo per il reclutamento di personale specializzato, pertanto, il mancato rifinanziamento comporterebbe l'impossibilità a rinnovare i contratti dei professionisti acquisiti, formati e messi in campo all'interno delle numerose équipe per i DNA dei Servizi Sanitari pubblici presenti da Nord a Sud del nostro Paese, e senza i quali tali Servizi non sarebbero in grado di fronteggiare la notevole mole di persone, in massima parte adolescenti e giovani adulti, affetti da questa patologia.

La realizzazione di una rete d'intervento completa in tutti i vari livelli di assistenza rappresenta la condizione per un percorso di cura appropriato e ottimizzato sul piano delle risorse impiegate.

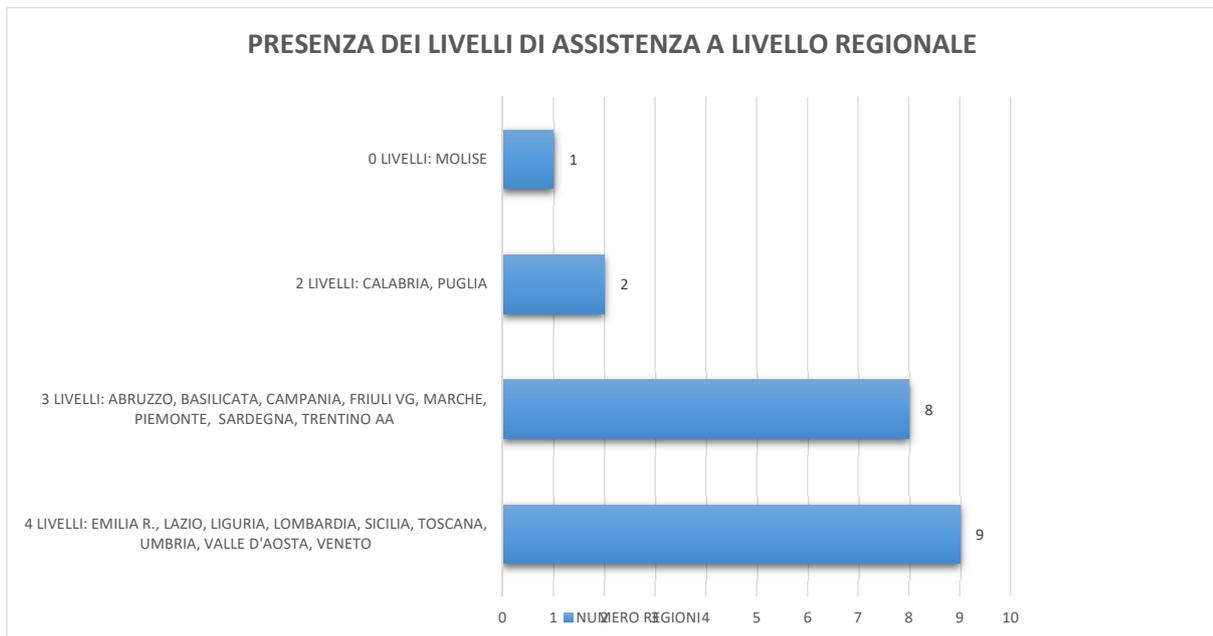
Tale rete, completa delle sue parti, consente di fornire un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando attentamente l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia, al fine di garantire l'appropriatezza dell'intervento terapeutico, l'accessibilità ad una diagnosi tempestiva e la presa in carico reale del paziente e dei suoi familiari in tutte le varie fasi del trattamento.

Dall'analisi dei dati, le principali criticità che si riferiscono all'offerta assistenziale nazionale sono:

- Discrepanza tra i servizi presenti nelle diverse regioni, con una criticità più marcata nel Sud Italia
- Le strutture intensive residenziali ed i posti letto riservati per il ricovero ospedaliero salvavita risultano distribuite non omogeneamente sul territorio regionale e nazionale; per questo motivo non sono in grado di soddisfare la reale richiesta di assistenza, portando i pazienti a riferirsi a strutture extra-regione

- Presenza in solo 9 regioni della rete completa nei suoi 5 livelli di assistenza (si veda tabella n. 1); in particolare si sottolinea la mancanza totale di servizi nella Regione Molise e la presenza di soli ambulatori nella regione Sardegna
- I ricoveri salvavita, e alcune residenze riabilitative, spesso non dispongono di posti letto dedicati ai DNA, ma si trovano perlopiù in reparti di psichiatria, neuropsichiatria infantile, medicina interna, non garantendo un intervento integrato appropriato.
- Si rileva una scarsa presenza di servizi che possono accogliere pazienti con età minore di 14 anni. Questo punto rappresenta una criticità importante poiché negli ultimi anni l'età di esordio dei DNA si è abbassata notevolmente, ponendosi mediamente attorno ai 12-13 anni, con esordi anche in bambini di 8-9 anni.
- La carenza dei servizi, la mancanza di una rete completa in tutti i suoi livelli e la poca comunicazione e coordinazione tra i servizi della rete inficia nella continuità assistenziale, punto cruciale per l'efficacia del trattamento terapeutico dei DNA
- Alcuni servizi non presentano un'equipe multidisciplinare interna ma sono in grado di offrire trattamenti integrati solo grazie a collaborazioni con altri dipartimenti dell'ospedale o dell'azienda sanitaria, creando difficoltà nel lavoro di équipe e indicando le poche risorse disponibili e dedicate.
- In Italia (Gigantesco et al., 2010) il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. Il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti donne di età 15-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 31,7 per 100.000

Tabella 1: presenza dei livelli di trattamento nelle regioni italiane



Considerato pertanto che:

- La **terapia ambulatoriale** deve essere considerata quella di elezione per i soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione (*i trattamenti più intensivi dovrebbero essere riservati ai casi (circa il 30%) che non rispondono al trattamento ambulatoriale o la cui acuzie non sia gestibile a questo livello*) e risponde all'esigenza di avere a disposizione un centro a diretto contatto sia con il territorio sia con le altre strutture sanitarie specifiche (medico di medicina generale, ospedale generale, servizio di salute mentale, servizio di neuropsichiatria infantile). Essa costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di ambulatorio intensivo (Day Service, Centro Diurno) di ricovero ordinario o in Day Hospital, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di

controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

- La dimensione ambulatoriale favorisce un contatto più diretto con la popolazione, costituendo un punto di riferimento per l'informazione e l'educazione delle categorie a rischio e delle figure con esse a più stretto contatto (genitori, insegnanti e medici di medicina generale).

Si evidenzia che:

- La diagnosi avviene nella prima visita specialistica che dà diritto all'esenzione. Le prestazioni ambulatoriali per DNA, possono essere esentate con il codice esenzione per patologia cronica 005 (anoressie bulimia) che copre solo una parte delle prestazioni richieste (Tabella 4 pag. 8):
- Tale esenzione non copre accertamenti bioumorali e strumentali essenziali secondo le linee di indirizzo nazionali.
- Si crea pertanto il seguente paradosso: in assenza di modifiche alla copertura prevista dal codice 005, l'accesso al livello di assistenza ambulatoriale, che garantisce i trattamenti elettivi per i soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione, comporta un onere elevato a carico di pazienti particolarmente fragili e in età evolutiva, con i conseguenti rischi di non accesso alle cure, cronicizzazione e danni permanenti altrimenti invece evitabili, *oppure il paziente viene impropriamente ricoverato in DH o in Degenza Ordinaria dove non si applica la normativa relativa al ticket ed il percorso risulta gratuito per l'utente, ma con maggiori costi a carico del SSN.*
- Una cura inappropriata causerebbe appunto, un maggior numero di ricoveri, che oggi stiamo sempre più evitando e prevenendo: anche da un punto di vista economico, ne deriverebbe maggior spesa (circa 800€ di in ricovero in urgenza medica; circa 250€ di in ricovero riabilitativo).
- L'onere della spesa per il trattamento ambulatoriale, che in assenza dell'esenzione dovrebbe essere sostenuto esclusivamente dai pazienti e dalle loro famiglie, può pertanto comportare il ritardo della presa in carico, un aumento del drop-out o il ricorso a trattamenti privati o non adeguati, portando ad un più alto rischio di cronicità e peggioramento della prognosi.

Sulla base di queste premesse e facendo riferimento all'art. 6 della proposta di Legge, la Società Scientifica SIRIDAP(Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso) propone di aggiornare/integrare l'elenco delle prestazioni coperte dal codice di esenzione per AN e BN(attuale codice 005) con l'individuazione degli esami bioumorali/accertamenti strumentali/visite specialistiche, necessari per proseguire il percorso clinico diagnostico-terapeutico successivo alla prima diagnosi di DNA secondo i criteri del DSM-5 (APA, 2023). Tali esami bioumorali / accertamenti strumentali / visite specialistiche sono proposti per la definizione dei LEA ambulatoriali per DNA compresi nel codice esenzione dalla compartecipazione alla spesa (ticket).

Tabella 2: Prestazioni attuali presenti in codice esenzione 005

Prestazioni in esenzione per la 005 nei nuovi LEA	
	VISITA DI CONTROLLO necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale
90.13.3	CLORURO
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
90.22.5	FERRO
90.27.1	GLUCOSIO
90.37.4	POTASSIO
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5
90.40.4	SODIO

90.44.1	UREA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE (per seduta)
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)

A tal fine, nell'**Allegato 1** in calce sono riportate le fasi del percorso clinico successivo alla diagnosi di DNA operata nel corso della prima visita, che si conclude con la certificazione del codice di patologia 005 con diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa (ticket).

Abbiamo cercato di evidenziare ulteriormente il concetto che gli esami bioumorali/accertamenti strumentali/visite specialistiche riportati nel presente Documento sono prescritti solo in parte, usati con diversa frequenza e spesso in maniera alternativa in funzione delle diverse fasi del percorso clinico e della situazione clinica individuale.

A tale scopo, nella Tabella 3, a fianco delle prestazioni sono riportate le colonne 1°, 2° 3°, che forniscono informazioni utili a prevedere l'utilizzo e l'impatto economico:

1° colonna: esami di 1° livello che sono necessari per il completamento iniziale della definizione del quadro clinico, che sono richiesti più frequentemente, anche se non in tutti i pazienti, come riportato nella colonna stessa.

2° colonna: esami di 2° livello per il completamento iniziale della definizione del quadro clinico, che sono richiesti molto più raramente, ma che in alcune situazioni cliniche sono strettamente necessari.

3° colonna: esami per follow up (se necessario a distanza più breve o per controllo a 6-12 mesi, come precisato nella tabella del documento stesso).

Un ulteriore elemento utile a prevedere l'impatto economico degli esami compresi nei LEA ambulatoriali per DNA è il fatto ampiamente noto alla letteratura e pratica clinica che solo il 68,8% (Swanson, 2011) dei pazienti con DNA accede alle cure dei Servizi sanitari (Piazza A. et AA., 2016).

Si richiede inoltre l'inserimento nell'elenco di prestazioni della visita dietologica. Tale visita ha lo scopo di valutare lo stato di nutrizione del soggetto con DNA (bilancio di energia e nutrienti, composizione corporea, compenso glicemico e assetto lipidico e protidemico, status infiammatorio) e di prescrivere l'intervento nutrizionale più appropriato (regime dietetico, supplementazione orale, nutrizione artificiale). Lo stato di nutrizione è infatti uno dei determinanti principali dello stato di salute del paziente. I pazienti con DNA presentano infatti, a seguito della patologia psichiatrica che li caratterizza, complicanze organiche importanti che sono conseguenza dello stato di malnutrizione, per eccesso o per difetto, globale o selettiva, che consegue all'alterato comportamento alimentare. D'altro canto la prescrizione dell'intervento nutrizionale prevede competenze specifiche in grado di definire al meglio tipologia e intensità dell'intervento che andranno poi modulati sulla base dell'andamento dello stato di nutrizione. La visita dietologica (valutazione dello stato di nutrizione e prescrizione nutrizionale) necessita pertanto di personale qualificato (medici specialisti in scienza dell'alimentazione o con competenze specifiche in ambito nutrizionale) e non sono accomunabili ad una cosiddetta "visita generale".

Assistenza ai pasti:

- Costituiscono una pratica terapeutica molto importante: I pasti assistiti sono più spesso attuati in regime di ricovero in DH, DO o ricovero riabilitativo; possono essere attuati anche in Day Service o ambulatoriale complesso.
- Erogata per 1% dei pazienti (in sede ambulatoriale) altro 5% in sede di ricovero.

- Sono effettuati con l'assistenza di personale FORMATO (dietista, infermiere, terapeuta della riabilitazione, educatore, psicologo), come previsto dalle Linee di Indirizzo del Ministero della Salute, 2017.

La riabilitazione metabolico-nutrizionale-psicologico-funzionale del paziente con DNA prevede, tra le altre cose, il recupero delle funzioni sociali e dell'interazione con l'ambiente scolastico o di lavoro. È questo un obiettivo primario che può incidere significativamente sull'esito clinico, sulla prognosi e sulla qualità di vita (Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al. 2010).

Tabella 3: Prestazioni che si propone di aggiungere al codice esenzione 005

Cod_D MR	Desc_DMR	NOTE	Colonna 1 Diagnosi iniziale Es 1° livello Stima della frequenza	Colonna 2 Diagnosi iniziale Es 2° livello situazioni particolari Stima della frequenza	Colonna 3 Monitoraggio e Follow up
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossemoglobina e Metaemoglobina	<p>L'EGA arterioso è possibile ma di rara applicazione in ambulatorio (più spesso in corso di eventuale ricovero) La pratica di compenso adottate dai pazienti con DNA possono in alcuni casi portare ad uno squilibrio elettrolitico e acido-base. L'anemia e le conseguenze cardiopolmonari della malnutrizione possono generare alterazioni le pressioni parziali dei gas arteriosi. Le conseguenze rischiano di essere estremamente gravi fino all'insufficienza renale o alla morte improvvisa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouquegneau A, Dubois BE, Krzesinski JM, Delanaye P. Anorexia nervosa and the kidney. Am J Kidney Dis. 2012;60(2):299-307. doi: 10.1053/j.ajkd.2012.03.019. • Trent SA, Moreira ME, Colwell CB, Mehler PS. ED management of patients with eating disorders. Am J Emerg Med. 2013;31(5):859-65. doi: 10.1016/j.ajem.2013.02.035. <p>Winston AP. The clinical biochemistry of anorexia nervosa. Ann ClinBiochem. 2012;49(Pt 2):132-43. doi: 10.1258/acb.2011.011185</p>		+ Rarissimo in ambulatorio 1 vv in 2% pz	+ Rarissimo in ambulatorio 1 vv in 2% pz
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	<p>Di particolare interesse in pazienti con pratiche di vomito. Alterazioni anatomo-funzionali del primo tratto gastroenterico sono molto frequenti nei DNA e possono avere conseguenze importanti (motilità gastrica ridotta, svuotamento gastrico rallentato, esofagite da reflusso, ernia iatale, esofago di Barrett, sanguinamenti, lacerazione della giunzione esofagogastrica, rottura di esofago e stomaco)</p> <p>Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. AutonNeurosci. 2006;129(1-2):99-106.</p>		+ 1 volta nel 20% dei pazienti (pz con BN o AN-purging)	

88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	Necessità di definizione del quadro neurologico (comprensivo di effetti organici della malnutrizione o di altra patologia neurologica) al fine di indicare la terapia più appropriata: psiconutrizione / psicoterapia Mehler&Anderson, 2010 (vedi bibliografia fondamentale)		+ 1 volta nel 10% dei pz (pz <15 anni, o con valutazione psiconeurologica specifica)	
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	Il combinato effetto di malnutrizione e alterazioni endocrinologiche genera nei pazienti con DNA riduzione della densità minerale ossea con rischio di osteopenia/osteoporosi. La valutazione della densità minerale ossea e dei parametri di laboratorio collegati alla salute ossea sono determinanti nel descrivere il rischio e nella programmazione/monitoraggio dell'intervento terapeutico. • Usdan LS, Khaodhiar L, Apovian CM. The endocrinopathies of anorexia nervosa. EndocrPract. 2008 Nov;14(8):1055-63. Winston AP, Alwazeer AE, Bankart MJ. Screening for osteoporosis in anorexia nervosa: prevalence and predictors of reduced bone mineral density. Int J EatDisord. 2008;41(3):284-7. doi: 10.1002/eat.20501.	+ 1 volta in 50% dei pz		
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	Come sopra NB: Non alternativa alla precedente	+ 1 volta in 50% dei pz		
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	Come sopra NB: Possono essere sufficienti le due precedenti	+ 1 volta 2-5% dei pz		
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	Le complicanze cardiovascolari sono numerose e molto frequenti nei DNA: ipotensione arteriosa (da ipovolemia) con rischio di cadute anche in relazione alla presenza di sarcopenia; Bradicardia (da ipertono vagale); anomalie del ritmo (atriali, giunzionali, ventricolari) e della conduzione AV (riduzione QRS, QT; depressione dell'onda T e del tratto ST e inversione dell'onda T con occasionali onde U) in particolare da alterazioni elettrolitiche; riduzione della massa ventricolare, prollasso della valvola mitrale e tricuspide, versamenti pericardici (da malnutrizione); scompenso cardiaco in particolare in caso di rialimentazione o da assunzione di ormoni tiroidei • de Simone G, Scalfi L, Galderisi M, Celentano A, Di Biase G, Tamaro P, Garofalo M, Mureddu GF, de Divitiis O, Contaldo F. Cardiac abnormalities in youngwomen with anorexia nervosa. Br Heart J. 1994;71(3):287-92 • Facchini M, Sala L, Malfatto G, Bragato R, Redaelli G, Invitti C. Low-K+ dependent QT prolongation and risk for		+ 1 v in 40% pz	+ 1 v in 15% pz (in caso di positività del 1° ecocardiogramma)

		ventriculararrhythmia in anorexia nervosa. Int J Cardiol. 2006;106(2):170-6 Jáuregui-Garrido B, Jáuregui-Lobera I. Sudden death in eating disorders. Vasc Health Risk Manag. 2012; 8:91-8. doi: 10.2147/VHRM.S28652			
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	La prescrizione nutrizionale è un atto medico che comprende gli interventi di counseling dietetico, dietoterapia, supplementazione orale, terapia artificiale enterale e/o parenterale - spesso in associazione, talora alternativi. La nutrizione Enterale o Parenterale deve essere seguita dalla attivazione della NAD, con le modalità previste dalla Regione di riferimento. Caratteristica comune a tutti i DNA e' la presenza di una malnutrizione (per eccesso o per difetto) che genera conseguenze in tutti gli organi ed apparati. La diagnosi di malnutrizione si basa su indagini relative all'intake alimentare, alla composizione corporea e alla valutazione di parametri funzionali e di laboratorio. La diagnosi di malnutrizione porta alla necessita' di una prescrizione nutrizionale che vedra' il combinarsi di diversi interventi (counselling dietetico, dietoterapia, supplementi orali, nutrizione artificiale) combinati in diverso modo a seconda del quadro clinico. Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al: Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document Eat Weight Disord. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31		+ TERAPIA 1-2 % dei pz. Raro in ambulatorio, più spesso in ricovero	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	Alterazioni epatiche (di diversa gravita' fino all'insufficienza epatica acuta) sono estremamente frequenti nei DNA. Cio' ha conseguenza anche sulla sintesi proteica (sia delle proteine da trasporto, sia delle proteine da stress). • Di Pascoli L, Lion A, Milazzo D, Caregato L. Acute liverdamage in anorexia nervosa. Int J EatDisord. 2004 Jul;36(1):114-7 • Rautou PE, Cazals-Hatem D, Moreau R, Francoz C, Feldmann G, Lebrech D, Ogier-Denis E, Bedossa P, Valla D, Durand F. Acute liver cell damage in patients with anorexia nervosa: a possible role of starvation-induced hepatocyte autophagy. Gastroenterology. 2008;135(3):840-8, 848.e1-3. doi: 10.1053/j.gastro.2008.05.055 Tomita K, Haga H, Ishii G, Katsumi T, Sato C, Aso R, Okumoto K, Nishise Y, Watanabe H, Saito T, Otani K, Ueno Y. Clinicalmanifestations of liverinjury in patients with anorexia nervosa. Hepatol Res. 2014;44(10): E26-31. doi: 10.1111/hepr.12202.	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz

90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	Come sopra	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.05.1	ALBUMINA	Come sopra	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta)	Come sopra	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.11.4	CALCIO TOTALE	Frequente alterazione del metabolismo fosfo-calcico	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.22.3	FERRITINA	Indicatore di malnutrizione.	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	Frequente alterazione del metabolismo fosfo-calcico. Marker nella sindrome da refeeding	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.32.5	MAGNESIO TOTALE	Frequente alterazione del metabolismo fosfo-calcico	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.38.5	PROTEINE TOTALI	Come sopra	+ 1v 75% pz		+ 1v 75% pz
90.43.5	URATO	Come sopra	+ 1v 75% pz		
90.44.5	VITAMINA D (25 OH)	Frequentemente carenza nei pazienti con DNA restrittivo, con conseguenze ancor più gravi nel periodo dello sviluppo puberale, correggibile con la terapia sostitutiva. Indicatore di malnutrizione.	+ 1v 75% pz		

ALTRI ACCERTAMENTI NECESSARI, ANCHE SE ALCUNI NON SONO FREQUENTI

Cod_D MR	Desc_DMR	NOTE	Colonna 1 Diagnosi iniziale Es 1° livello Stima della frequenza	Colonna 2 Diagnosi iniziale Es 2° livello situazioni particolari Stima della frequenza	Colonna 3 Follow up e controlli
90.13.3	CLOREMIA	frequenti alterazioni eq.acido-base	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.13.3	CLORURIA	frequenti alterazioni eq.acido-base		+ 1 v	
90.05.1	PREALBUMINA	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	Valutazione stato metabolico	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v

90.43.2	TRIGLICERIDI	Valutazione stato metabolico	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v
90.28.1	HB glicata	Valutazione stato metabolico	+ 1 v (20% pz)		
90.49.5	AC-TRANSGLUTARAMINASI, IgGAM		+ 1 v (50% pz)		
90.72.3	PRC	Frequente stato infiammatorio	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90421R	TSH-r	Valutazione compenso tiroideo, in necessaria diagnosi differenziale della malnutrizione e della sintomatologia generale	+ 1 v (75% pz)		
90.13.5	VITAMINA B12	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.23.2	ACIDO FOLICO	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.42.5	TRANSFERRINA	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.22.3	FERRITINA	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
	RBP	Valutazione stato nutrizionale	+ 1 v (25% pz)		
90.52.4	ANA TEST	diagnosi differenziale diversi aspetti sindromici	+ 1 v (50% pz)		
90.32.3	LH (valutazione assetto ipotalamo-ipofiso-gonadale frequentemente compromesso)		+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.23.3	FSH (valutazione assetto ipotalamo-ipofiso-gonadale frequentemente compromesso)		+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.19.2	ESTRADIOLO	(F) valutazione assetto ipotalamo-ipofiso-gonadale frequentemente compromesso	+ 1 v (50% pz)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.41.3	TESTOSTERONE LIBERO	(M) valutazione assetto ipotalamo-ipofiso-gonadale frequentemente compromesso	+ 1 v (M)		+ 1 v Se alterato inizialmente
90.15.3	CORTISOLO URINARIO	DD frequente ipercortisolismo	+		+

		Non presente a SOLE	1 v (50% pz)		1 v Se alterato inizialmente
90.38.2	PRL	valutazione assetto ipotalamo-ipofiso-gonadale frequentemente compromesso	+ 1 v (25% pz)		
90.27.3	HCG-beta	valutazione amenorrea	+ 1 v (50% pz)		
90.27.3	TEST GRAVIDANZA URINARIO	valutazione amenorrea	+ 1 v (50% pz) (alternativo al precedente)		
91.18.5	HBsAG	DD della frequente ipertransaminasemia	+ 1 v (25% pz)		
91.18.3	HBsAb	DD della frequente ipertransaminasemia	+ 1 v (25% pz)		
91.19.5	AntiHCV	DD della frequente ipertransaminasemia	+ 1 v (25% pz)		
91.22.4	AntiHIV	DD della frequente ipertransaminasemia	+ 1 v (25% pz)		
90.21.4	SO Fecale	DD della frequente sintomatologia dolosa addominale e turbe dell'alvo	+ 1 v (15% pz)		
90.94.3	COPROCOLTURA	DD della frequente sintomatologia dolosa addominale e turbe dell'alvo	+ 1 v (15% pz)		
91.05.1 91.05.2 91.05.4	ES PARASSITOLOGICO FECI	DD della frequente sintomatologia dolosa addominale e turbe dell'alvo	+ 1 v (15% pz)		
91.05.1		PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA			
91.05.2		PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)			
91.05.4		PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz o arricchim)			
90.94.2	URINOCOLTURA	DD della frequente sintomatologia dolosa addominale	+ 1 v (15% pz)		
90.94.1	EMOCOLTURA	DD febbri	+ 1 v (5% pz)		

DIAGNOSTICA ASSOLUTAMENTE DI BASE

45.23	COLONSCOPIA	Alterazione del sistema autonomico enterico (alterata motilità, ectasie, coliche spastiche/gassose, alvo alterno, colon irritabile, melanosi del colon, colon atonico o catartico) Inoltre la colonscopia può rivestire una ulteriore utilità nella diagnosi differenziale di altri disturbi della nutrizione e alimentazione su base fobica e della relazione con le figure di accudimento (es ARFID), spesso caratterizzati da dolori addominali Zipfel S, Sammet I, Rapps N, Herzog W, Herpertz S, Martens U. Gastrointestinal disturbances in eating disorders: clinical and neurobiological aspects. AutonNeurosci. 2006;129(1-2):99-106.	+ 5-10% pz		
	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA (DXA, Bio impedenzometria)	La valutazione della composizione consente (massa magra / grassa / acqua) una più accurata valutazione della malattia e dello stato nutrizionale che non la sola misura del Body Mass Index (BMI) ed il monitoraggio dell'outcome		+ 1 v in 15% pz	+ 1 v in 10% pz se alterata
87.44.1	RX TORACE	sintomatologia respiratoria		+ 1 in 5%	
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	Valutazione della frequente sintomatologia addominale	+ 1 in 50% pz		
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO Valutazione della frequente sintomatologia addominale				
88.75.1	ECOGRAFIA PELVI	Valutazione della frequente sintomatologia addominale 88.75.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) Non associabile a Ecografia ovarica (88.78.1)			
	ASSISTENZA ODONTOIATRICA	Già fornita gratuitamente da alcune Regioni, come assistenza a soggetti con patologie che rendono particolarmente fragili	+ 1 in 50% pz		
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA		+ 80% pz		

Conclusioni

In conclusione come Società Scientifica vorremmo ricordare che il trattamento ambulatoriale è indicato come punto di partenza dell'intero trattamento per i DNA, deputato all'iter diagnostico e, successivamente, come trattamento d'elezione. Trattamenti più intensivi (Residenziale riabilitativo, DH/DS e ospedaliero) sono previsti invece per circa il 30% dei casi che non rispondono al trattamento ambulatoriale o presentano complicanze cliniche rilevanti.

I pazienti e le loro famiglie che accedono agli ambulatori specialistici trovano quindi a sostenere un onere molto elevato per coprire prestazioni fondamentali nelle fasi diagnostica (esami bioumorali e strumentali) e terapeutica (colloqui psicologici clinici e dietologici), non previste dall'esenzione codice 005, ma ritenute essenziali nelle linee di indirizzo nazionali. In particolare nei casi in cui i pazienti e le loro famiglie non possano permettersi tali prestazioni, aumenta in maniera rilevante la probabilità che il paziente non inizi o interrompa le cure, o che ricorra a cure non adeguate, peggiorando la sua prognosi e aumentando il rischio di cronicizzazione e di necessità di un successivo trattamento riabilitativo più intensivo o un ricovero ospedaliero per acuzie, che peraltro presenta un costo molto elevato per lo stesso SSN.

Sia nel Rapporto Istisan dell'Istituto Superiore di Sanità, derivante dalla Consensus Conference sui DNA del 2012, sia nei Quaderni del Ministero dedicati ai DNA, emerge che i fattori di prognosi positivi più rilevanti per queste patologie siano la tempestività e l'adeguatezza delle cure, oltre alla loro continuità. Fondamentale importanza riveste poi anche il lavoro con le famiglie/caregiver tramite modelli psicoeducativi EBM e FBT (NICE, 2017), che rendano i familiari validi alleati per i terapeuti, sostenendoli nell'arginare la patologia, impedirne l'aggravamento e stabilizzare i cambiamenti. Pertanto, un aumento delle risorse dedicate al trattamento dei DNA è necessario, insieme a un impiego migliore di quelle disponibili.

Come proposto dal Ministro della Salute italiano, Orazio Schillaci, una serie di nuovi servizi per i pazienti con disturbi alimentari saranno forniti dal Servizio Sanitario Nazionale del paese, a seguito delle proteste nazionali contro i tagli ai finanziamenti, revisionando (primo aggiornamento dal 2017) i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - l'elenco dei servizi e dei benefici che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini - per includere psicoterapia, terapia familiare, elettrocardiogrammi e scansioni della densità ossea per i pazienti con disturbi alimentari.

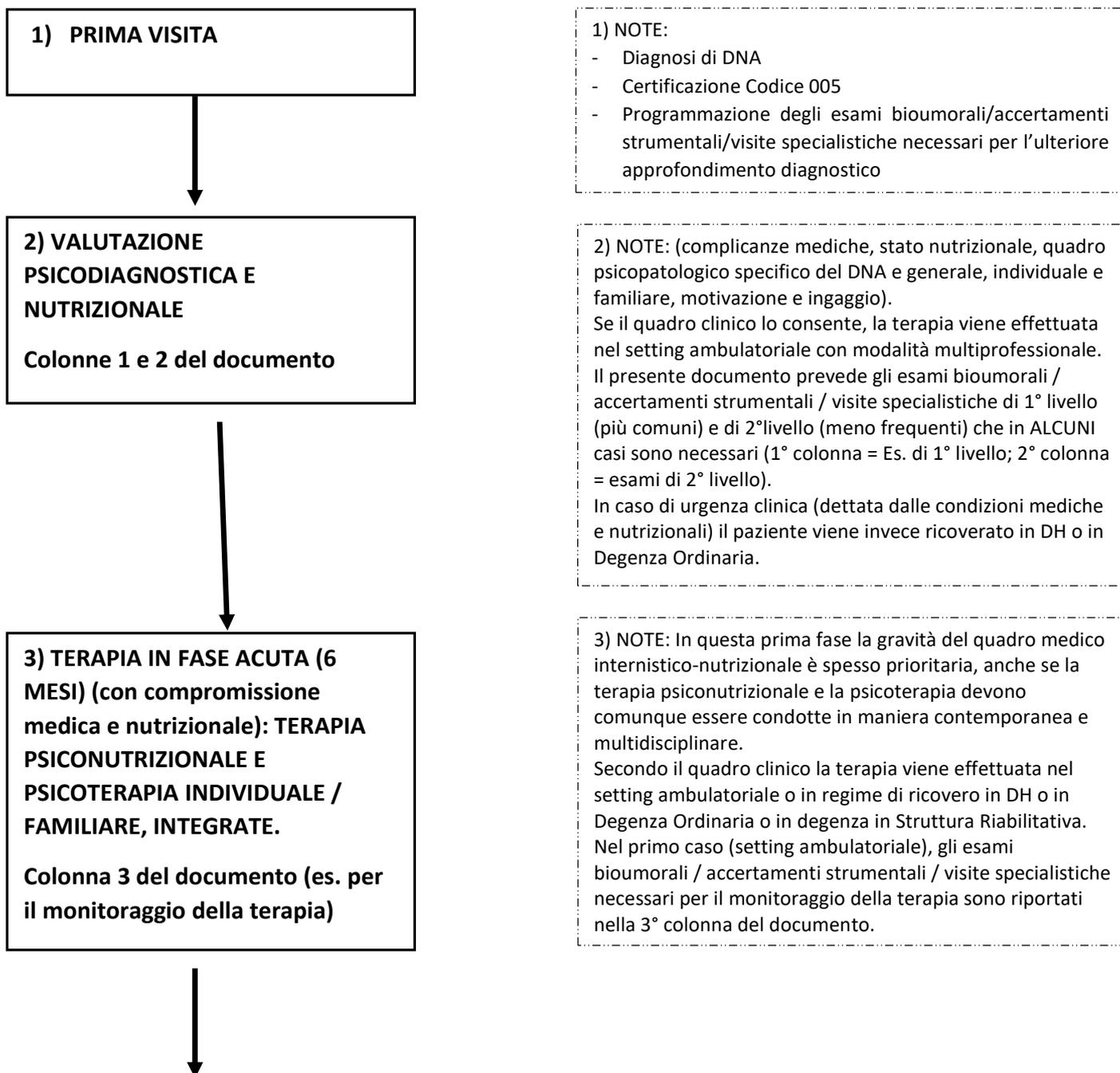
Ravenna, 12/02/2024

Società Scientifica SIRIDAP
(Società Italiana di Riabilitazione Interdisciplinare Disturbi Alimentari e del Peso)

La Presidente Dott.ssa Marinella Di Stani

Allegato 1)

Fasi più comuni del percorso clinico diagnostico-terapeutico successivo alla prima diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DNA) (operata secondo i criteri DSM-5, 2013) e relativi esami bioumorali/accertamenti strumentali/ visite specialistiche.



4) TERAPIA IN FASE DI STABILIZZAZIONE MEDICA E NUTRIZIONALE (6-12 MESI ED EVENTUALMENTE ULTERIORI 12 MESI): PSICOTERAPIA INDIVIDUALE /DI GRUPPO/ FAMILIARE) E TERAPIA PSICONUTRIZIONALE

Colonna 3 del documento (es. per il follow up della terapia)



5) EVENTUALE TERAPIA IN FASE "PROTRATTA" ("ANORESSIA SEVERA E RESISTENTE") O DI "CRONICIZZAZIONE": PSICOT. INDIVIDUALE / FAMILIARE. TERAPIA PSICONUTRIZIONALE, MEDICO-NUTRIZIONALE RESIDUA al bisogno

Colonne 3 del documento (es. per il follow up della terapia)

4) NOTE: In questa fase di stabilizzazione medica e nutrizionale il maggior impegno riguarda le VISITE PSICOTERAPEUTICHE E PSICHIATRICHE.

La TERAPIA PSICONUTRIZIONALE residua richiede esami bioumorali / accertamenti strumentali / visite specialistiche per il follow up medico-nutrizionale molto meno frequenti (3° colonna del documento);

5) NOTE: Alcune pazienti non rispondono alla terapia / recidivano per lunghi periodi e presentano un andamento protratto o eventualmente – successivamente – cronicizzato. In questa situazione, da un punto di vista medico e nutrizionale la TERAPIA PSICONUTRIZIONALE residua richiede esami bioumorali / accertamenti strumentali / visite specialistiche **al bisogno** (per il follow up oppure, in caso di riacutizzazione del disturbo, per il monitoraggio della terapia). Al di fuori degli eventuali periodi di riacutizzazione del disturbo, il maggior impegno riguarda le visite psicoterapeutiche e psichiatriche e/o socio-riabilitative.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2023). Catherine Crone, M.D., Laura J. Fochtmann, M.D., et al. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. Am J Psychiatry 180:2, February 2023.
- Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al, *Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document Eat Weight Disord*. 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31
- P.S. Mehler & A.E. Andersen: *Eating Disorders. A Guide to Medical Care and Complications*. 2nd Ed (2010). The John Hopkins University Press. Baltimore.
- Piazza, A., et al. (2016), *Health services utilization in patients with eating disorders: evidence from a cohort study in Emilia-Romagna*, Eat. Weight. Disord, DOI 10.1007/s40519-016-0323-3Linee di Indirizzo Nazionali per la Riabilitazione Nutrizionale del Disturbi dell’Alimentazione. Ministero della Salute. Luglio 2017.
- Quaderni del Ministero della Salute. *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell’alimentazione*. n 17/22, 2013.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):714-23.