



Gestione dei
percorsi diagnostico
terapeutici
assistenziali



Documento di consenso

la rete per il trattamento
dei disturbi del
comportamento
alimentare
[rete DCA FVG]

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria
e politiche sociali
Direttore centrale: Gianni Cortiula
Area dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri
Direttore: Alessandrino Fanzutto

A cura di
Agnoletto Anna Paola
Asquini Mauro
Casini Mario
Cremaschi Silvana

Con il contributo del gruppo regionale per la creazione della rete
per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
Consenso del 28 marzo 2013

La presente edizione è stata chiusa in redazione nel luglio 2013

Gestione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali



la rete per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare *[rete DCA FVG]*

INDICE

Introduzione	5
1. Epidemiologia dei disturbi del comportamento alimentare	6
2. Analisi dei dati relativi ai disturbi del comportamento alimentare in Friuli Venezia Giulia	8
2.1. Analisi delle persone in carico ai servizi territoriali dei Dipartimenti di Salute Mentale	8
2.2. Analisi dei ricoveri presso ospedali della regione	14
2.3. Fuga extraregionale	18
2.3.1. Analisi dei dati di fuga verso strutture di riabilitazione dei DCA extraospedaliere	18
2.3.2. Analisi dei ricoveri presso ospedali pubblici o strutture private accreditate extraregionali	20
3. Problemi aperti e prospettive	22
4. Rilevazione dei servizi dedicati al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare	23
5. Il disegno della rete regionale	29
6. Il ruolo della prevenzione sui DCA	31
Conclusioni	32
Bibliografia	33

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie di lunga durata che, se non trattate adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute; esse necessitano di un trattamento integrato multidisciplinare che coinvolge internisti, dietisti, nutrizionisti e infermieri per la parte biomedica, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti e assistenti sociali per gli aspetti relazionali e psico-sociali.

Le prospettive di guarigione, in seguito ad un trattamento adeguato, sono buone: il 29% delle ragazze anoressiche guarisce entro tre anni, il 64% entro sei anni. Il 36% invece cronicizza, con un effetto invalidante e la necessità di cure "lifetime".

Il miglioramento delle cure e l'aumento delle opportunità terapeutiche devono tendere a ridurre la quota di cronicità. Ove i DCA non fossero opportunamente trattati attraverso un'adeguata offerta di servizi e terapie, aumenterebbe il numero delle persone che richiedono assistenza per tutta la vita.

In sintesi:

1. Non vi sono evidenze di un aumento dell'incidenza dei DCA ma la prevalenza è molto elevata.
2. Vi è una sempre maggior precocità di esordio sia nell'anoressia nervosa che nella bulimia e un'elevata co-morbilità psichiatrica.
3. Si tratta di patologia psichiatrica con una forte incidenza di complicanze mediche.
4. La tendenza alla cronicizzazione è elevata, spesso precoce e bisogna considerare, come per altre patologie psichiatriche, il problema del "dopo di noi".
5. I trattamenti, pur afferendo all'ambito della salute mentale, devono essere peculiari e affidati a équipe esperte e dedicate. Nella Regione Friuli Venezia Giulia, come nel resto del paese, il tasso di prevalenza lifetime stimato nella popolazione femminile di età maggiore di 18 anni è 0.9% per l'anoressia nervosa, 1.5% per la bulimia nervosa e del 3.5% per il BED e i tassi corrispondenti negli uomini sono 0.3%, 0.5% e 2%. Questi dati aumentano nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni e rendono indispensabile il funzionamento di una rete regionale.

Il dato teorico mette quindi in evidenza l'assoluta necessità della costituzione di una rete regionale ben collaudata con criteri d'invio appropriati strutturata nei servizi di salute mentale, tenuto

conto che questa patologia rappresenta spesso il sintomo di esordio di una patologia psichiatrica, ed in particolare l'anoressia nervosa presenta una spiccata co-morbilità psichiatrica.

Il setting ideale di trattamento è quello ambulatoriale, nonostante ciò un certo numero di casi non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

Il ricovero ospedaliero in reparto per acuti non rappresenta un trattamento riabilitativo, quindi l'ospedalizzazione deve essere riservata alle sole condizioni di scompenso psicofisico e limitata al tempo necessario a compensare la situazione.

Nella nostra Regione si è andato costituendo, nel tempo, un insieme di servizi di assistenza alle persone affette da disturbi alimentari costituita da centri che operano prevalentemente presso i DSM delle Aziende sanitarie che garantiscono il solo livello ambulatoriale.

Questi servizi tuttavia sono il risultato di iniziative locali e non di un progetto razionale coordinato a livello regionale, inoltre la rete non copre tutto il territorio e non sempre opera in modo integrato con le altre strutture aziendali.

Pertanto obiettivo del presente documento è principalmente quello di dimensionare nella nostra regione il fenomeno, analizzare le risposte che si sono articolate nel tempo, omogeneizzare e rendere equa la possibilità di accesso ai servizi dedicati, armonizzare e strutturare le risposte della rete potenziando i servizi di secondo livello anche con ottimizzazione delle risorse.

1 EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Dalla seconda metà del '900 nel mondo occidentale ha iniziato a insinuarsi nella popolazione un fenomeno fino allora sporadico: il cibo per milioni di giovani inizia a divenire un nemico e si diffondono i DCA manifestando una modalità nuova, di esprimere il proprio disagio psichico. Si sono così delineati progressivamente i caratteri di una vera e propria "epidemia sociale" (Gordon, 1990) che interessa l'intero mondo occidentale.

I dati epidemiologici riportati da studi internazionali non sono sempre concordi sull'incidenza dell'Anoressia Nervosa, infatti in alcuni casi viene riportato un incremento dell'incidenza dell'Anoressia (Eagles, 1995; Moller-Madsen, 1992; Milos G., 2004). Altri autori, basandosi su dati raccolti in diversi paesi (Willi, 1990; Hall, 1991; Jorgensen, 1992; Hoek 1995; Turbull, 1996) affermano che il tasso di diffusione dell'Anoressia Nervosa si stia mantenendo piuttosto costante mentre lo stesso non si può dire per la Bulimia, in continuo incremento con un progressivo interessamento anche delle fasce d'età meno giovani.

La difficoltà di conoscere esattamente la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare rispetto ad altre malattie mentali e non, è dovuta, come sopra riportato, all'impossibilità di uniformare gli studi, alla particolarità di un disturbo la cui prevalenza nella popolazione generale è molto bassa ma che può raggiungere tassi molto alti in sottopopolazioni specifiche; ma soprattutto è da ascrivere alla tendenza delle persone affette ad occultare il proprio disturbo e disagio e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti e la possibilità di un progetto di cura tempestivo. In una review del 2003 sulla popolazione dei Paesi Bassi, Hoek H.W. e Van Hoeken D. stimavano che solo un terzo delle pazienti affette da Anoressia Nervosa e il 6% delle persone bulimiche giungevano all'attenzione dei servizi di Salute Mentale. Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza una incidenza significativa di nuovi casi dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, una prevalenza dell'Anoressia nervosa pari allo 0.3% (Hoek H.W. e Van Hoeken D.), ed un tasso di incidenza di almeno l'8 per 100.000 persone per anno. La prevalenza della Bulimia nervosa avrebbe un tasso dell'1% con un'incidenza pari a 12 per 100.000 persone per anno. Viene riportata una prevalenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (DCA - NAS) tra il 3,7 e il 6,4%, con un'età di esordio compresa tra i 10 e i 30 anni e un'età media d'insorgenza intorno ai 17 anni.

La patologia appare dunque in continuo aumento per quanto riguarda la Bulimia e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o BED (Binge Eating Disorders).

Secondo gli stessi Hoek e Van Hoeken, in accordo con una review molto accurata sull'Epidemiologia del Disturbo da Alimentazione Incontrollata condotta da Striegel-Moore R.H. e Franko D.L., la prevalenza di questo disturbo, meglio conosciuto anche in Italia

come Binge Eating Disorder o BED raggiunge l'1% circa nella popolazione generale, sia maschile che femminile.

Nella recente conferenza nazionale di consenso sui DCA (ottobre 2012) promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'ASS2 dell'Umbria, è ribadito come, da una revisione della letteratura, alcune pubblicazioni ipotizzano un possibile aumento dei DCA, in particolare bulimia nervosa e DA1 negli ultimi decenni, tuttavia quest'aumento non è confermato da sufficiente evidenza e in particolare è ribadito come vi sia una carenza specifica di studi prospettici.

Si è modificato anche il rapporto maschi-femmine che è stimato pari a 1:9, ma il numero di maschi è in crescita e in particolare è in aumento la patologia maschile in età adolescenziale o pre-adolescenziale. Esiste anche in questi giovani pazienti una continua transizione tra bulimia e anoressia. Alcuni autori hanno riscontrato, tra i bambini affetti da disturbi del comportamento alimentare, un'aumentata incidenza di altri disturbi psichiatrici come la depressione e il disturbo ossessivo compulsivo. Comportamenti autodistruttivi, spesso molto intensi e lesivi possono essere presenti anche in questa fascia di età. L'abbassamento dell'età di esordio della patologia e la presenza di disturbi atipici impongono la necessità di un'attenta analisi dei fattori predittivi e delle caratteristiche psicopatologiche e di valutare la disponibilità di strutture idonee specificamente dedicate al trattamento dei DCA in età evolutiva.

Secondo i dati raccolti negli USA dall'American Psychiatric Association, il rapporto tra prevalenza nelle donne e negli uomini si attesta tra 1 a 6 e 1 a 10. Questo rapporto cambierebbe nella popolazione adolescente, dove i maschi sono tra il 19 e il 30 per cento degli anoressici.

Riguardo alla severità dei disturbi alimentari, secondo una meta-analisi condotta da Harris e Barraclough nel 1998, l'Anoressia Nervosa costituiva il disturbo mentale con il più alto tasso di mortalità; dati provenienti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e diversi studi scientifici (Birmingham e coll, 2006) confermano come negli USA i disordini alimentari costituiscano ancora oggi la prima causa di morte per malattia mentale.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi e per la maggior parte limitati a realtà regionali. Uno studio di Favaro A. e coll. fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est Italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale e probabilmente estendibili alla realtà della maggior parte del nostro paese. Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova, stimava per l'Anoressia Nervosa una prevalenza puntuale dello 0.3% e una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. La prevalenza puntuale

della Bulimia era dell'1.8% mentre quella nell'arco di vita del 4.6%. Le forme di Anoressia "sotto soglia" registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6%, mentre le forme atipiche di Bulimia raggiungevano una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%. La prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione era infine pari al 5.3%.

In Italia i disturbi del comportamento alimentare coinvolgono approssimativamente due milioni di giovani: su 100 adolescenti circa 10 ne soffrono; di questi 1-2 presentano forme conclamate e più gravi come l'Anoressia e la Bulimia mentre gli altri hanno manifestazioni cliniche transitorie e incomplete. (Dalla Ragione L., 2005).

Secondo dati aggiornati a novembre del 2006, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa e della Bulimia Nervosa in Italia sarebbe rispettivamente dello 0.2-0.8% e dell'1-5%, in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi.

Una ricerca seguita dall'ABA, Associazione Italiana per la cura e la prevenzione di Anoressia e Bulimia, condotto dalla Prof.ssa A.M. Speranza stima pari a 0.5-1.0% la prevalenza dell'Anoressia Nervosa in Italia; 1%-3% la prevalenza della Bulimia e 5-15% quella dei disturbi sotto soglia o subclinici. Lo stesso studio stima che il 95.9% delle persone affette siano donne e solo il 4.1% uomini. In uno studio retrospettivo effettuato in Liguria il numero di donne affette risulta sei volte superiore al numero di uomini (Sukkar SG, 2005).

Uno studio analogo è stato effettuato in una provincia Toscana da Faravelli e colleghi riportando valori di prevalenza nell'arco di vita decisamente inferiori a quelli di Favaro: 1.21% per tutti i disturbi del comportamento alimentare, di cui 0.42% l'Anoressia Nervosa, 0.32% Bulimia Nervosa, 0.32% disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) e 0.32% disturbi del comportamento ali-

mentare non altrimenti specificati. La diversità dei dati raccolti è attribuibile al tipo di campione costituito da 2355 rappresentanti della popolazione con età superiore ai 14 anni.

Mancano infine studi specifici riferiti alla comorbidità dei DCA con altri disturbi psichiatrici ad eccezione di uno studio condotto da Swinbourne and Touyz, 2007 che individua una maggior presenza di disturbi d'ansia in soggetti affetti da DCA rispetto alla popolazione generale.

Nel Quaderno del Ministero della Salute (n.17/22, luglio-agosto 2013) l'incidenza annuale dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone per le donne e 0.02-1.4 nuovi casi per 100.000 persone per gli uomini. L'incidenza annuale della bulimia nervosa è stimata attorno ad almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone per le donne e 0,8 per gli uomini, mentre non sono riportati dati attendibili per l'incidenza del disturbo da alimentazione incontrollata. La prevalenza puntiforme, cioè misurata in un determinato momento, è per l'anoressia nervosa compresa tra 0.2- 0.9% e per la bulimia nervosa tra 0.5-1.8%.

In generale come ribadito dal documento preliminare di consenso sui DCA dell'ISS, la letteratura sull'argomento risente di una disomogeneità degli strumenti diagnostici utilizzati, del tipo e della numerosità dei campioni presi in esame (quasi sempre provenienti da popolazioni cliniche), e del periodo di riferimento considerato (prevalenza corrente, prevalenza negli ultimi sei mesi, prevalenza nell'ultimo anno). Per tale ragione la recente conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità ha raccomandato che in Italia siano condotti studi di prevalenza e incidenza su ampi campioni della popolazione generale per consentire un aggiornamento dei dati disponibili.

2 ANALISI DEI DATI RELATIVI AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Per avere una dimensione del problema oltre ai dati epidemiologici e di letteratura internazionale e nazionale, che come riportato nel capitolo precedente risultano discutibili e disomogenei, si è ritenuto opportuno analizzare i dati regionali sia riferiti all'attività territoriale che ai ricoveri ospedalieri, considerando congruo un periodo di osservazione di tre anni. Tali dati sono stati integrati

anche con i dati di fuga extraregionale sia verso strutture di riabilitazione extraospedaliera, sia verso ospedali pubblici o strutture private accreditate. Essi ovviamente non intercettano eventuali persone che si rivolgono in modo autonomo a strutture private regionali o extraregionali.

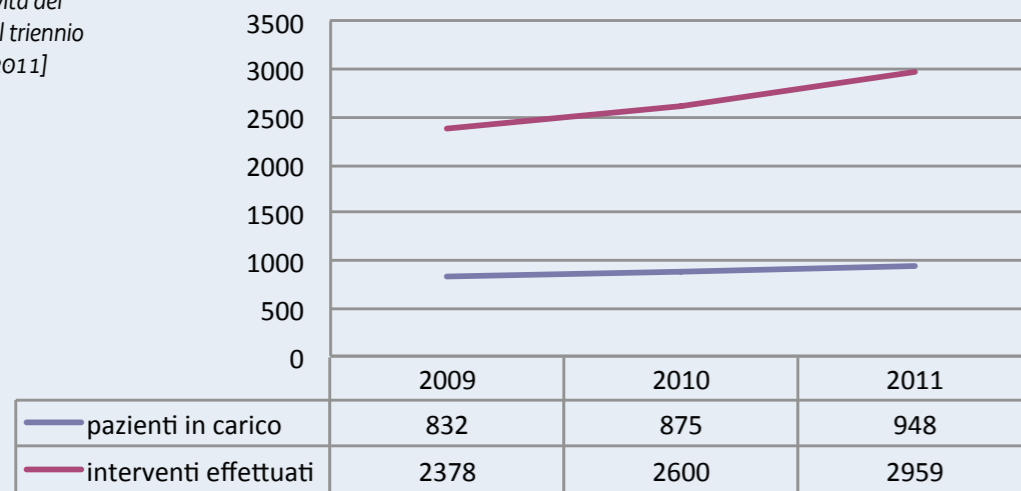
2.1 ANALISI DELLE PERSONE IN CARICO AI SERVIZI TERRITORIALI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Sono stati analizzati, mediante un'estrazione dal portale SISSR linea Salute Mentale, i dati che si riferiscono alle persone che si sono rivolte ai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale, e che presentano in almeno una delle tre posizioni previste, una diagnosi afferente all'area dei DCA secondo la classificazione ICD-10 (F50, F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9). Dal confronto dei dati del triennio 2009-2011, emerge un pro-

gressivo aumento dei pazienti in carico ai servizi territoriali dei DSM, peraltro le indicazioni date con le linee di gestione indirizzavano le strutture territoriali al potenziamento della rete di primo e secondo livello. Analogamente a un aumento dei pazienti in carico si osserva un incremento delle prestazioni effettuate, come emerge dal grafico sottostante. [Fig. 2.1.1]

8

Figura 2.1.1
Distribuzione
dell'attività dei
DSM nel triennio
[2009_2011]



Il miglioramento della risposta dei servizi territoriali può essere letto anche nel trend in diminuzione dei numeri riguardanti la fuga extraregionale verso strutture di riabilitazione extraospedaliera, sia nel numero assoluto dei pazienti e soprattutto delle giornate di riabilitazione effettuate (vedi paragrafo 3.3.1).

Analizzando l'attività dei singoli punti di erogazione dei Dipartimenti di salute mentale, si osserva come questa si concentri principalmente in due ambulatori dedicati, rispettivamente il 42,5% presso l'ambulatorio dei disturbi del comportamento alimentare dell'ASS4 e il 33,14% nell'UO semplice Centro Disturbi del Comportamento alimentare dell'ASS6.

I dati di attività riguardanti il triennio sono riportati nella tabella sottostante [Tab. 2.1.2]

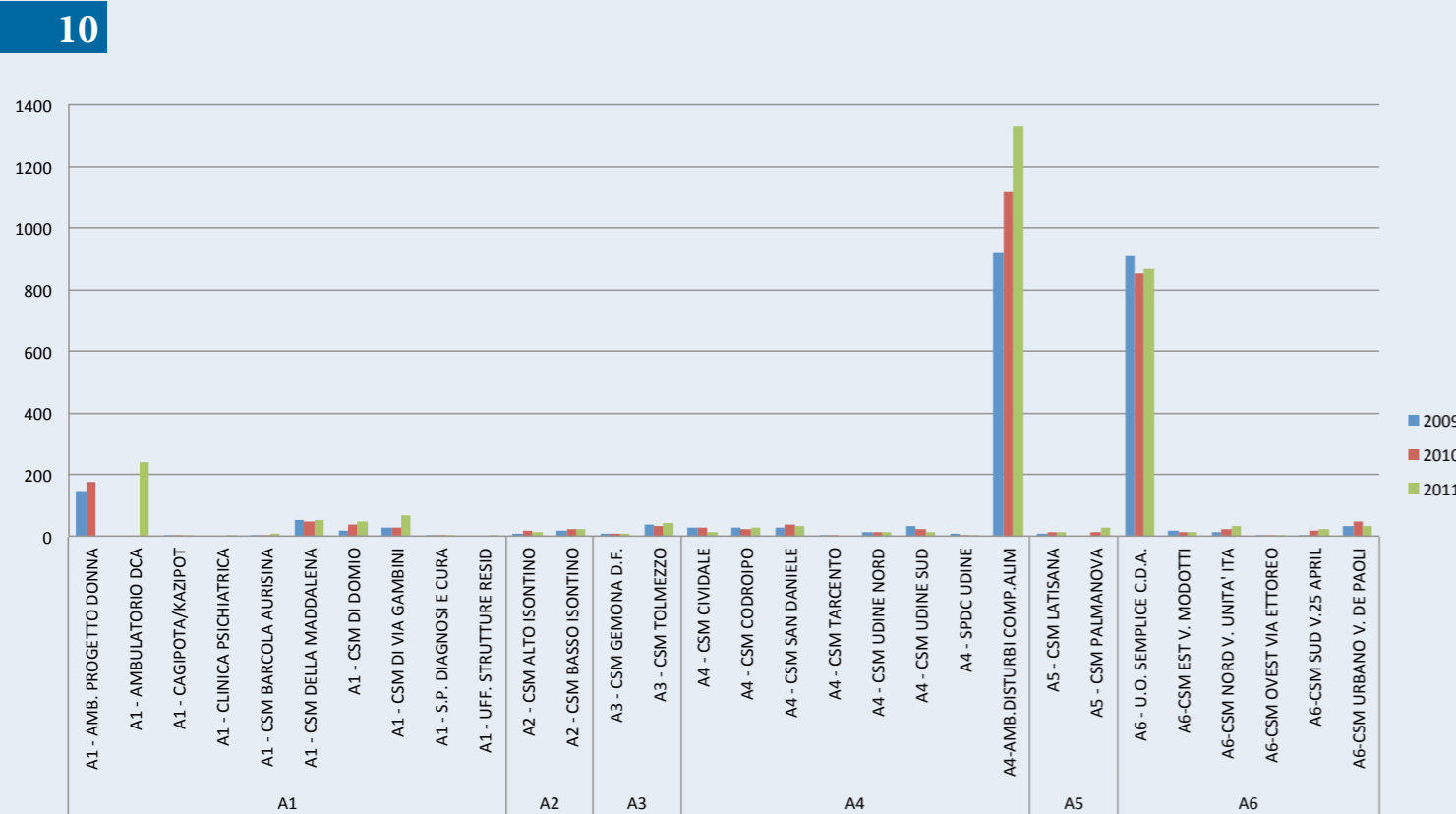
Distribuzione attività per punti di accesso	2009	2010	2011	Totale	Totale
A1	255	293	424	972	12,25%
A1 - AMB. PROGETTO DONNA	145	176		321	4,04%
A1 - AMBULATORIO DCA			242	242	3,05%
A1 - CAGIPOTA/KAZIPOT	4	5	2	11	0,14%
A1 - CLINICA PSICHIATRICA			1	1	0,01%
A1 - CSM BARCOLA AURISINA	4	1	8	13	0,16%
A1 - CSM DELLA MADDALENA	50	45	53	148	1,86%
A1 - CSM DI DOMIO	17	36	46	99	1,25%
A1 - CSM DI VIA GAMBINI	30	27	68	125	1,57%
A1 - S.P. DIAGNOSI E CURA	5	3	3	11	0,14%
A1 - UFF. STRUTTURE RESID			1	1	0,01%
A2	25	41	37	103	1,30%
A2 - CSM ALTO ISONTINO	7	18	12	37	0,47%
A2 - CSM BASSO ISONTINO	18	23	25	66	0,83%
A3	43	42	49	134	1,69%
A3 - CSM GEMONA D.F.	6	10	6	22	0,28%
A3 - CSM TOLMEZZO	37	32	43	112	1,41%
A4	1069	1251	1432	3752	47,27%
A4 - CSM CIVIDALE	29	29	11	69	0,87%
A4 - CSM CODROIPO	30	25	27	82	1,03%
A4 - CSM SAN DANIELE	28	35	32	95	1,20%
A4 - CSM TARENTO	3	3		6	0,08%
A4 - CSM UDINE NORD	14	13	13	40	0,50%
A4 - CSM UDINE SUD	33	22	13	68	0,86%
A4 - SPDC UDINE	9	3	3	15	0,19%
A4-AMB.DISTURBI COMP.ALIM	923	1121	1333	3377	42,55%
A5	7	24	43	74	0,93%
A5 - CSM LATISANA	7	12	14	33	0,42%
A5 - CSM PALMANOVA		12	29	41	0,52%
A6	979	949	974	2902	36,56%
A6 - U.O. SEMPLICE C.D.A.	912	850	868	2630	33,14%
A6-CSM EST V. MODOTTI	16	14	13	43	0,54%
A6-CSM NORD V. UNITA' ITA	13	21	32	66	0,83%
A6-CSM OVEST VIA ETTOREO	4	3	4	11	0,14%
A6-CSM SUD V.25 APRIL	2	16	24	42	0,53%
A6-CSM URBANO V. DE PAOLI	32	45	33	110	1,39%
Totale	2378	2600	2959	7937	100,00%

Tabella 2.1.2
Distribuzione attività per
punti di accesso

9

Analogamente il grafico seguente rappresenta la distribuzione dell'attività inerente al trattamento dei DCA nei servizi dei DSM territoriali nel triennio in esame. [Fig. 2.1.3]

Figura 2.1.3
Distribuzione dell'attività
dei DSM nel triennio
[2009_2011]



Si è ritenuto interessante analizzare anche la tipologia degli interventi effettuati dai servizi territoriali e si è evidenziata una prevalenza del colloquio strutturato con un incremento temporale nel triennio considerato e una percentuale sovrapponibile tra la psicoterapia individuale e l'intervento di gruppo.

Il dettaglio delle attività registrate è rappresentato nella tabella sottostante [Tab 2.1.4].

Tipologia di interventi effettuati	2009	2010	2011	Totale	% Totale
COLLOQUIO STRUTTURATO	298	289	334	921	11,60%
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	293	286	286	865	10,90%
INTERVENTO DI GRUPPO	262	332	271	865	10,90%
CONSULENZA	221	259	263	743	9,36%
COLLOQUIO CLINICO PSICOL.	129	133	361	623	7,85%
VISITA PSICHIATRICA	178	208	230	616	7,76%
COLLOQUIO CON I FAMILIARI	169	181	205	555	6,99%
COORD.+VERIF SINGOLO CASO	171	163	156	490	6,17%
PRESTAZ. INFERMIERISTICA	96	135	241	472	5,95%
ATTIVITA' DI COORDINAMENT	116	110	121	347	4,37%
ATT. ABI/RIABIL/SOCIALIZZ	128	107	107	342	4,31%
VAL. TEST PSICO-DIAGNOST.	94	119	82	295	3,72%
ACCERTAM. MEDICO - LEGALE	56	90	110	256	3,23%
INTERVENTO DI RETE	41	59	73	173	2,18%
PSICOTERAPIA FAMILIARE	18	28	31	77	0,97%
INT. E MANAGEMENT SOCIALE	23	20	25	68	0,86%
PSICOTERAPIA DI GRUPPO	27	28	5	60	0,76%
TSV - TRATT. VOLONTARIO	19	17	18	54	0,68%
ACCOMPAGNAMENTO	13	16	13	42	0,53%
DAY-HOSPITAL	8	6	7	21	0,26%
CENTRO DIURNO	6	7	5	18	0,23%
MONITORAGGIO UTENTE	4		10	14	0,18%
PRESENZA RESIDENZIALE	6	2	1	9	0,11%
OT OSSERV.TEMP.	2	3	3	8	0,10%
PRESENZA SEMIRESIDENZIALE		2	1	3	0,04%
Totale	2378	2600	2959	7937	100,00%

Tabella 2.1.4
Tipologia di interventi
effettuati

ANALISI DELLE PERSONE IN CARICO AI SERVIZI TERRITORIALI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Sono stati poi analizzati i dati con riferimento alle diagnosi secondo ICD-10 nelle tre posizioni previste dall'applicativo informatico e le distribuzioni di frequenza sono rappresentate nei due grafici successivi [Fig. 2.1.5 e 2.1.6] e nella tabella n. 2.1.7.

Figura 2.1.5
Distribuzione diagnosi 1

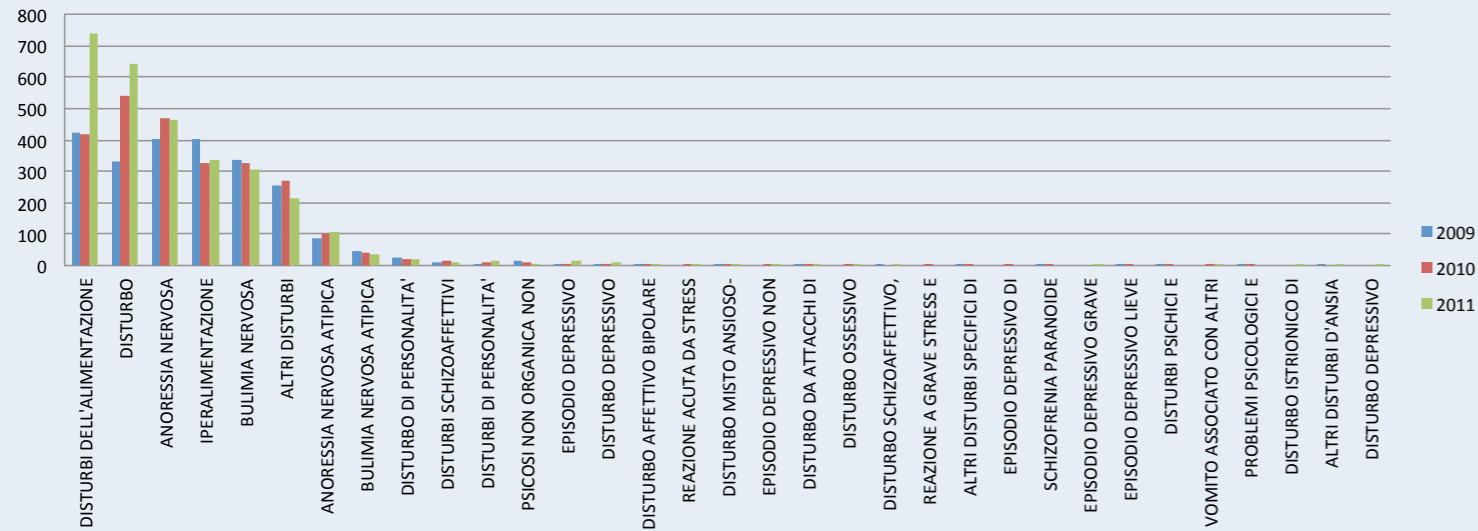
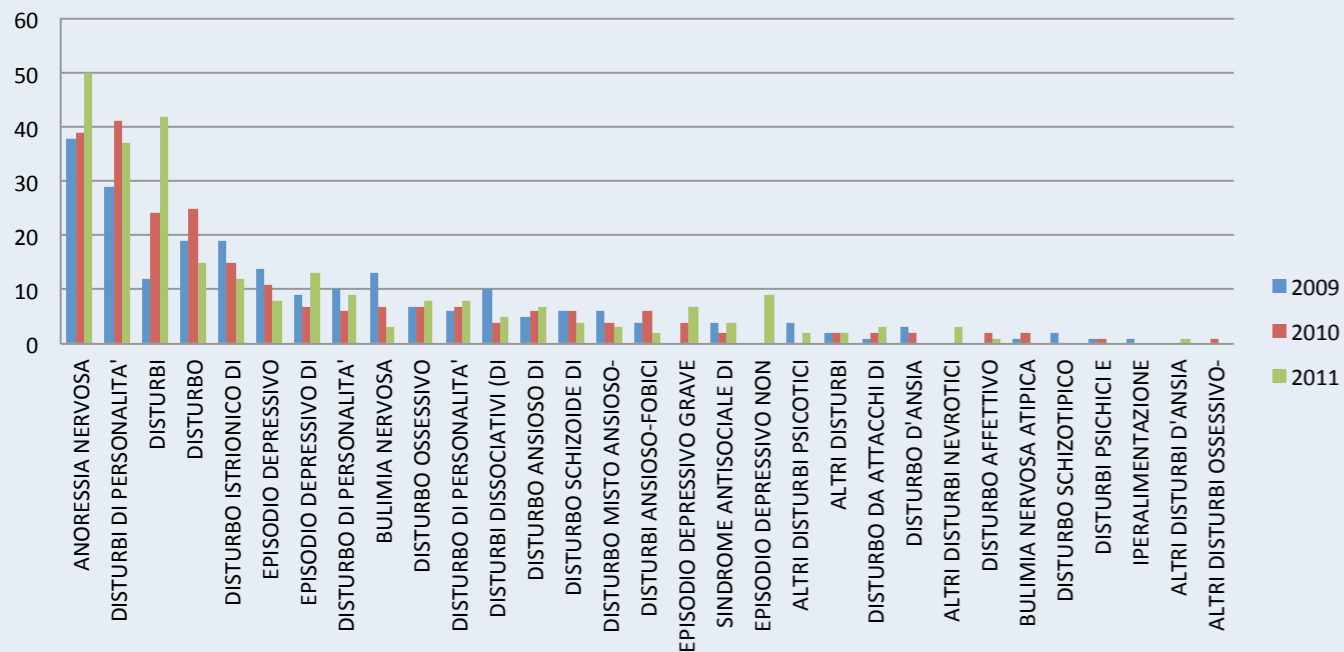


Figura 2.1.6
Distribuzione diagnosi 2



Dall'osservazione dei dati riferiti alle diagnosi 1 e 2 si può facilmente desumere che spesso il disturbo del comportamento alimentare è associato a disturbi afferenti ai servizi psichiatrici.

ANALISI DELLE PERSONE IN CARICO AI SERVIZI TERRITORIALI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

La compilazione del campo "diagnosi 3" risulta estremamente limitata per un totale di 43 prestazioni e pertanto l'analisi di tale dato può avere un significato relativo, comunque si riporta per completezza la tabella di sintesi. [Tab. 2.1.7]

Tabella 2.1.7
Codifica diagnosi 3

DIAGNOSI 3	2009	2010	2011	Totale
BULIMIA NERVOSA	4		2	6
DISTURBI DI PERSONALITA' SPECIFICI			4	4
DISTURBO MISTO ANSIOSO-DEPRESSIVO		4	7	11
EPISODIO DEPRESSIVO DI MEDIA GRAVITA'	7	7	8	22
Totale complessivo	11	11	21	43

Risulta necessario considerare che i dati analizzati di seguito sono carenti di tutta l'attività ambulatoriale effettuata dai servizi di NPI perché non dotati di un gestionale al pari di quello in uso presso i DSM della regione.

Per l'area vasta friulana l'attività rivolta ai minori è effettuata dalla SOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'ASS4. Nell'area vasta giuliano isontina i minori afferiscono agli ambulatori territoriali di NPI e a quelli dedicati ai DCA e soprattutto all'IRCCS Burlo Garofolo che svolge sia attività ambulatoriale sia di ricovero, assumendo un ruolo di riferimento regionale per i casi nei quali il DCA si associa a un importante disturbo neuropsichiatrico non trattabile solo con il livello ambulatoriale. Nell'area vasta pordenonese i minori, dopo una prima valutazione presso il servizio di NPI, sono inviati di prassi all'ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ASS6. A questo proposito si evidenzia che esistono altre realtà (es. Ambulatorio per disturbi comportamento alimentare presso la SOC Medicina Monfalcone, o la Clinica Psichiatrica dell'AOU) che attualmente svolgono attività di secondo livello. Emerge quindi al di fuori dei DSM un'offerta molto articolata e

variamente organizzata i cui dati di attività sono registrati come prestazioni ambulatoriali, estraibili da SIASA, ma senza un livello di codifica dettagliato che ne consenta la differenziazione per diagnosi, pertanto le prestazioni effettuate per i DCA non sono distinguibili dalle altre e conseguentemente non si è ritenuto opportuno riportarle nel presente documento. Come sottolineato dal documento di consenso nazionale, in Italia non sono disponibili dati di attività assistenziale sulle prestazioni offerte dai servizi che gestiscono i DCA. In generale si può affermare che il monitoraggio della qualità dell'assistenza si presenta molto difficile e affidato esclusivamente a fonti informative amministrative quali per esempio le SDO.

2.2 ANALISI DEI RICOVERI PRESSO OSPEDALI DELLA REGIONE

Nell'ipotesi di completare tali dati con quelli riguardanti i ricoveri avvenuti in regione nel triennio considerato, sono stati estratti dal portale SISR, attraverso le SDO, tutti i ricoveri che presentavano in almeno una delle sei posizioni una diagnosi riferita ai DCA.

(codici ICD9 CM 307.1; 307.5; 307.50; 307.51; 307.52; 307.53; 307.54; 307.59). Si osserva nella sottostante [Tab. 2.2.1] un numero complessivo di **345 assistiti**, per **357 dimissioni**.

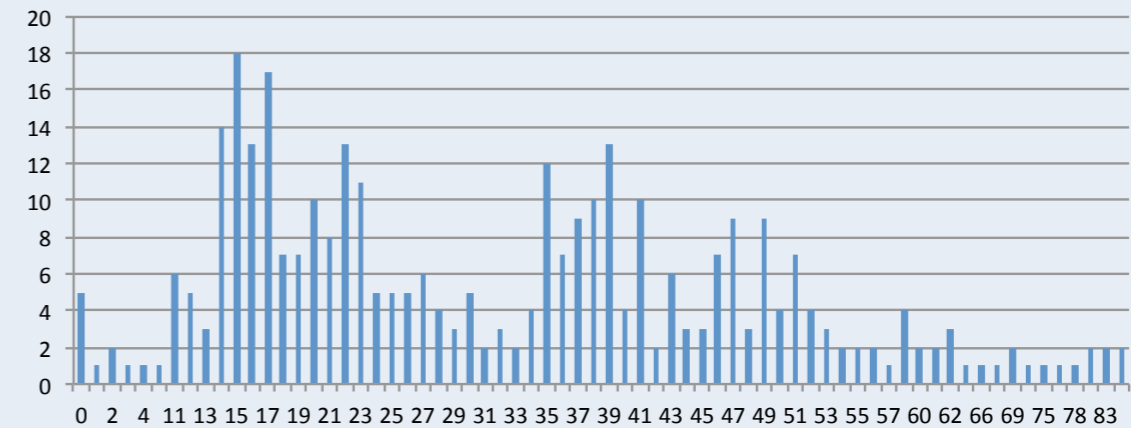
Tabella 2.2.1
Ricoveri presso gli ospedali della regione triennio 2009_2011

		N. assistiti	N. dimissioni
2009	A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	1	1
	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	7	7
	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	7	8
	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	6	6
	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	3	4
	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	19	20
	AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	3	3
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	67	67
	AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE	7	7
	CASA DI CURA - S. GIORGIO	3	3
	IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	9	9
2009	Somma:	132	135
2010	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	6	6
	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	3	3
	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	2	3
	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	2	2
	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	18	21
	AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	7	7
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	57	58
	AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE	7	8
	CASA DI CURA - CITTA' DI UDINE	1	1
	CASA DI CURA - S. GIORGIO	3	3
	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIANO	1	1
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	11	12	
2010	Somma:	118	125
2011	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	8	8
	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	3	3
	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	6	6
	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	7	8
	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	1	1
	AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	19	20
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	19	19
	AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE	14	14
	CASA DI CURA - CITTA' DI UDINE	1	1
	CASA DI CURA - S. GIORGIO	3	3
	IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	14	14
2011	Somma:	95	97
	Somma:	345	357

L'analisi descrittiva relativamente all'età della popolazione ricoverata nel triennio in esame ha evidenziato una distribuzione con

due picchi uno compreso tra i 14 e i 22 anni e un secondo compreso tra i 35 e i 41 anni. [Fig. 2.2.2]

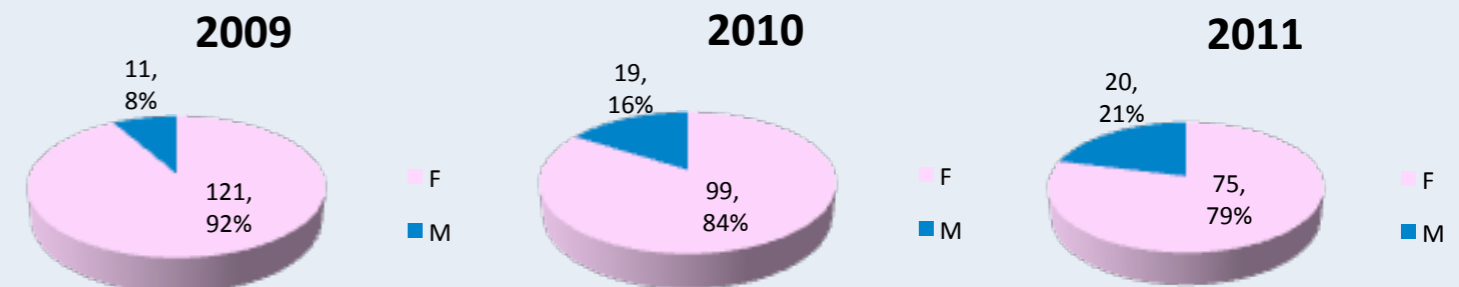
Figura 2.2.2
Assistiti ricoverati per età [2009_2011]



Analizzando la distribuzione relativamente al genere, come atteso, si osserva una netta prevalenza di ricoveri nel sesso femminile

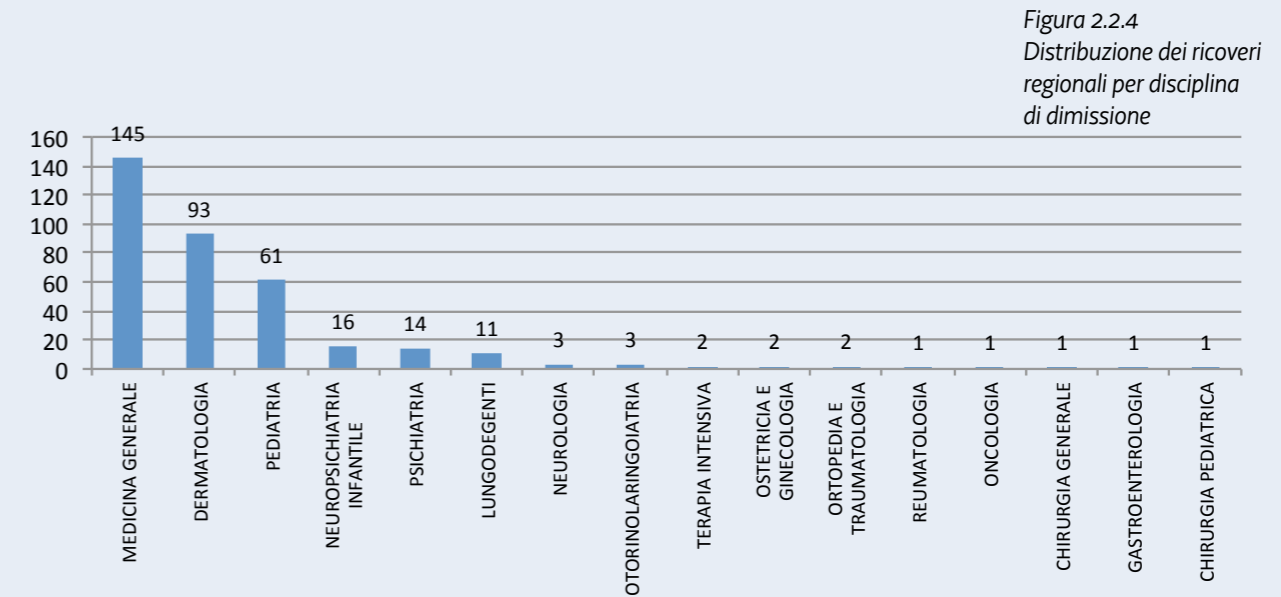
con una percentuale variabile tra il 92 e il 79% e un progressivo incremento delle diagnosi di DCA nei maschi. [Fig. 2.2.3]

Figura 2.2.3
Distribuzione dei ricoveri regionali per genere



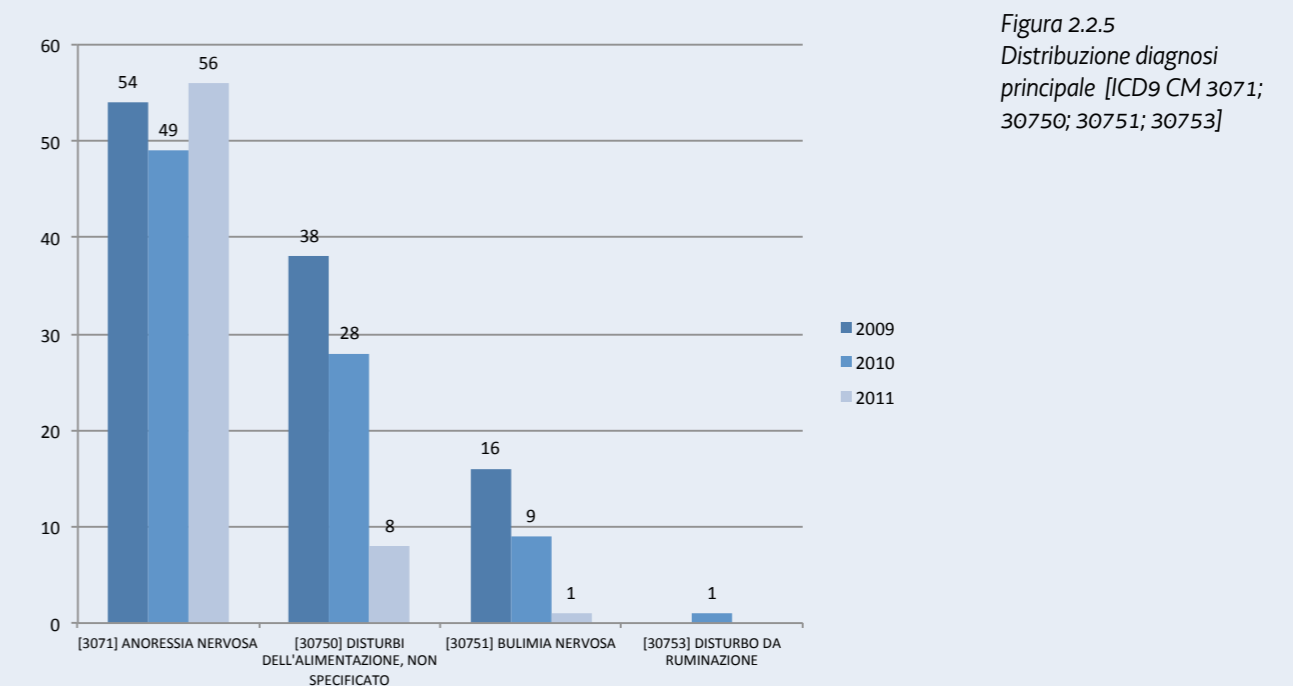
In considerazione di quanto sopra riportato, si è proceduto a un'analisi puntuale dei singoli ricoveri e si sono osservati alcuni casi nei quali il ricovero non è certamente riferibile a un disturbo del comportamento alimentare, ma prevalentemente determinato da cause organiche. Si può certamente affermare che i dati estratti sono grandemente sovrastimati, rispetto al nostro target di analisi ma si è valutato che fosse necessario basarsi sulle codifiche usate nelle schede di dimissione ospedaliera e quindi sarebbe risultato arbitrario escludere alcuni di questi ricoveri. Ad esempio un dato anomalo emerge dalla lettura dei dati riferiti alla disciplina di dimissione che risulta, nella maggior parte dei casi,

effettuata da reparti che comunemente trattano disturbi di questa natura come: medicina generale, pediatria, neuropsichiatria infantile. Un dato inconsueto si riferisce alla dermatologia con la totalità dei ricoveri effettuati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, fatto spiegabile in quanto la diagnosi associata è nel 50% dei casi "disturbo dell'alimentazione non specificato" con probabili coinvolgimenti cutanei che non dovrebbero essere pertanto inclusi nei casi riferibili ai DCA propriamente detti, oltre al fatto che per alcuni anni un' indicazione organizzativa ha fatto afferire il day hospital di medicina psicosomatica alla Clinica Dermatologica.



Analizzati i ricoveri secondo la prima diagnosi si è osservata una grande dispersione dei dati con distribuzione dei ricoveri per cause non strettamente riferibili ai DCA, inoltre nelle posizioni "diagnosi 2" e "3" risulta un picco di frequenza con un unico focus su diagnosi "non codificata" (38% diagnosi 2 e 66% diagnosi 3).

Pertanto è stata focalizzata l'analisi del triennio sulle diagnosi SDO più strettamente riferibili a tali disturbi con la distribuzione di frequenza sotto riportata. [Fig. 2.2.5]



I ricoveri di persone residenti in altre regioni presso i nostri reparti sono stati 20 nel triennio considerato. Complessivamente si può concludere che ad eccezione delle carenze sopradescritte dei sistemi informativi, i dati sono numerosi

e ricavabili da diversi applicativi, ma tali dati consentono di ottenere informazioni prevalentemente di tipo quantitativo, non risultano, infatti, ancora indicatori di livello clinico e di esito condivisi.

2.3 FUGA EXTRAREGIONALE

Per un'analisi complessiva del fenomeno si è ritenuto necessario considerare oltre ai dati rappresentati anche la fuga extraregionale. Quest'ultima si compone di due tipologie di prestazioni, quelle che entrano in compensazione e sono estratte dai flussi interregionali (es. ricoveri ospedalieri e DH) e le attività che richiedono autorizzazione preventiva che vengono addebitate tramite fatturazione diretta alle aziende di residenza. Nello specifico caso, la necessità di valutare l'opportunità di strutturare a livello regionale un centro di riabilitazione di terzo livello di tipo "extraosped-

daliero", ci ha indotti a focalizzare in primis l'attenzione sui dati di fuga verso le strutture di riabilitazione extraospedaliere fuori regione, il cui setting può essere assimilato all'ipotesi di centro che si intendeva realizzare. I dati raccolti e di seguito riportati hanno evidenziato un numero esiguo di persone che sono inviate verso queste strutture che certamente non giustifica l'ipotesi di realizzarne una a livello regionale.

2.3.1 ANALISI DELLA FUGA VERSO STRUTTURE DI RIABILITAZIONE DEI DCA EXTRAOSPEDALIERE

Per analizzare i dati di fuga extraregionale dei pazienti verso strutture di riabilitazione per i DCA, non essendo parte dei flussi correnti, sono stati chiesti alle Aziende Sanitarie i dati epidemiologici (n.; età; diagnosi principale), durata dei trattamenti autorizzati, e

i costi di tali ricoveri, relativamente all'anno 2009, gli stessi dati sono stati rilevati poi attraverso i direttori dei Dipartimenti di Salute mentale per gli anni 2010 e 2011. Tali dati sono riportati nella tabella sottostante [Tab. 2.3.1.1]

Tabella 2.3.1.1
Ricoveri presso strutture
extraospedaliere di
riabilitazione dei DCA
[2009_2011]

2009	pazienti	data nascita	diagnosi	struttura	gg. autorizzati	gg. effettuati	trattamento	costo ricovero
ASS1	1	06/10/75	BED (Binge Eating Desord)	Varese	84	84	res	8.092,81
ASS2	1	16/04/92	AN	Portogruaro	90		res	21.251,81
	1	15/01/86	BN	Portogruaro	10 +	166	semiresidenziale, res	41.143,62
ASS3	0							
ASS4	1	31/07/94	AN	Varese	112		9 res	2.511,00
	1	26/01/92	AN	Portogruaro	22		10 semiresidenziale	943,00
	1	13/01/94	DIST. OSS. COMPULS.	Portogruaro	71+	133	71+133 semiresidenziale, res	42.480,00
	1	06/06/86	AN e Disturbo della personalità	Varese	108		43 res	11.570,00
	1	04/08/72	AN,	Portogruaro	56		3+41 semiresidenziale, res	6.611,00
	1	11/11/84	BN, DEPR.	Todi	114		78 res	19.500,00
	1	07/05/86	BN e Disturbo della Personalità	Vicenza	365		365 res	43.800,00
	1	18/12/90	AN	Portogruaro	45		8 res	2.000,00
ASS5	1	16/11/90	dato non disponibile	Portogruaro	10		10 res	2.400,00
	1	01/10/81	Sdr Prader Willy Dmellito, obes	Vicenza	26		26 semiresid + 6 visite	2.931,20
ASS6	1	/	/	Roma	359		res	45.889,68
	1	/	/	Vicenza	282		res	33.841,58
TOTALE	15							284.965,70

2010	pazienti	data nascita	diagnosi	struttura	gg. autorizzati	gg. effettuati	trattamento	costo ricovero
ASS1	1	06/10/75	DCA non specificato	Varese			res	5.345,00
ASS2	1	12/03/95	AN	Portogruaro	90	87	res	20.771,81
	1	20/02/92	BN	Portogruaro	90	77	res	18.371,81
	1	22/06/81	BN	Portogruaro	90	0	0	-
ASS3	0							-
ASS4	1	14/04/90	AN e dist. Personalità	Portogruaro	90	21+ 85	semires+ res	23.130,00
	1	06/06/86	AN e dist. Personalità	Portogruaro	22	44+15	semires+ res	9.320,00
	1	18/11/94	dist. Depr maggiore anoressia restrittiva	Portogruaro	1+183		semires+ res	44.050,00
	1	12/04/94	AN	Portogruaro	144	145	res	34.800,00
	1	13/01/94	dist. Oss comp dist perso	Portogruaro	10	10	res	2.400,00
ASS5	1	16/11/90	AN	Portogruaro	1+297		semires + res	71.410,00
	1	15/12/94	AN	Portogruaro	1+175		semires + res	42.130,00
	1	14/12/93	AN	Portogruaro	123		res	29.520,00
	1	01/11/92	AN	Portogruaro	2		semires	260,00
ASS6	1	/	/	Portogruaro				28.481,00
	1	/	/	Vicenza				19.180,00
TOTALE	15							349.169,62

2011	pazienti	data nascita	diagnosi	struttura	gg. autorizzati	gg. effettuati	trattamento	costo ricovero
ASS1	1	05/11/84	AN	Portogruaro	60+60		semires	15.600,00
ASS2	0							-
ASS3	0							-
ASS4	1	01/06/75	disturbo alimentaz. Incontrollata stato ansioso depressivo	Perugia		46	res	9.660,00
	1	09/05/88	AN	Portogruaro	45	54	res	12.960,00
ASS5	1	10/07/92	AN	Portogruaro	30+30		60 semires	7.800,00
	1	17/11/75	AN	Portogruaro	59+59		semires + res	21.830,00
	1	14/12/93	AN	Portogruaro	1+86		semires + res	20.770,00
	1	01/11/92	AN	Portogruaro	55		semires	7.150,00
ASS6	1	/	/	Vicenza			res	49.701,00
	1	/	/	Vicenza			res	11.620,00
TOTALE	9							157.091,00

I dati di fuga verso strutture di riabilitazione extra ospedaliere del triennio in esame dimostrano una progressiva riduzione dei pazienti trattati in questi particolari setting e la lettura di questo dato effettuata contestualmente alla lettura dei dati dell'attività territoriale è rappresentativa della buona risposta che i servizi

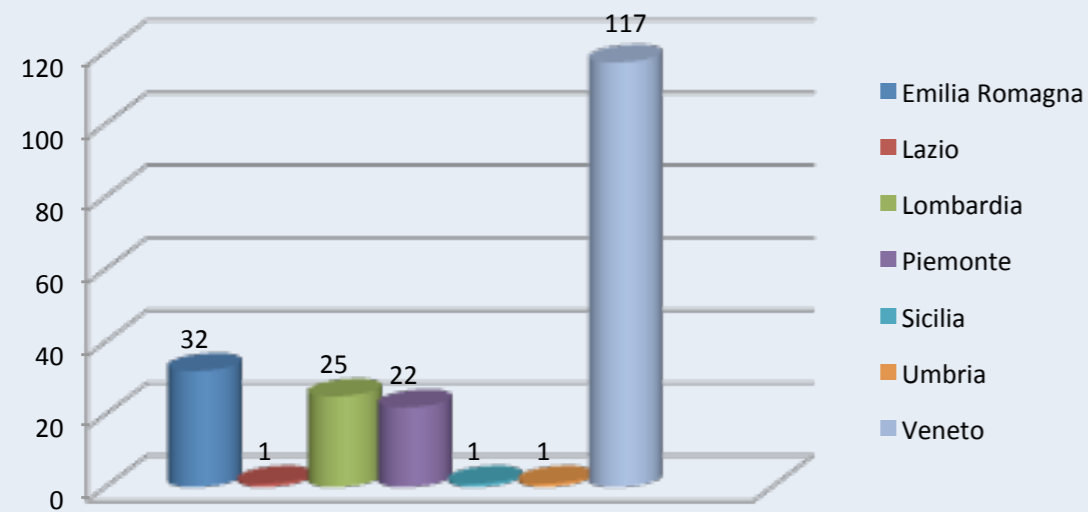
stanno progressivamente strutturando e che fanno ritenere prioritaria nella fase attuale la valorizzazione e il potenziamento delle strutture esistenti garantendo la risposta residenziale del terzo livello presso i centri dedicati già esistenti nelle regioni limitrofe.

2.3.2 ANALISI DEI RICOVERI PRESSO OSPEDALI PUBBLICI O STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE EXTRAREGIONALI

Analogamente a quanto effettuato per i ricoveri ordinari in strutture regionali, sono stati estratti i dati con diagnosi di DCA in una delle possibili 5 posizioni dal flusso relativo alla fuga extraregionale verso ospedali pubblici e strutture private accreditate.

Nel triennio in esame gli episodi di ricovero in ospedali e case di cura private accreditate di altre regioni sono stati complessivamente 199 per un totale di 137 assistiti (19 maschi e 118 femmine), con frequenti ricoveri ripetuti.

Figura. 2.3.2.1
Distribuzione degli episodi di fuga per regione [2009_2011]



Il 58,8% della fuga verso ospedali pubblici e privati accreditati risulta essere concentrata nella vicina regione Veneto nella maggior parte dei casi verso strutture private accreditate. [Fig. 2.3.2.1]

Figura 2.3.2.2
Distribuzione per età episodi di fuga nel triennio [2009_2011]

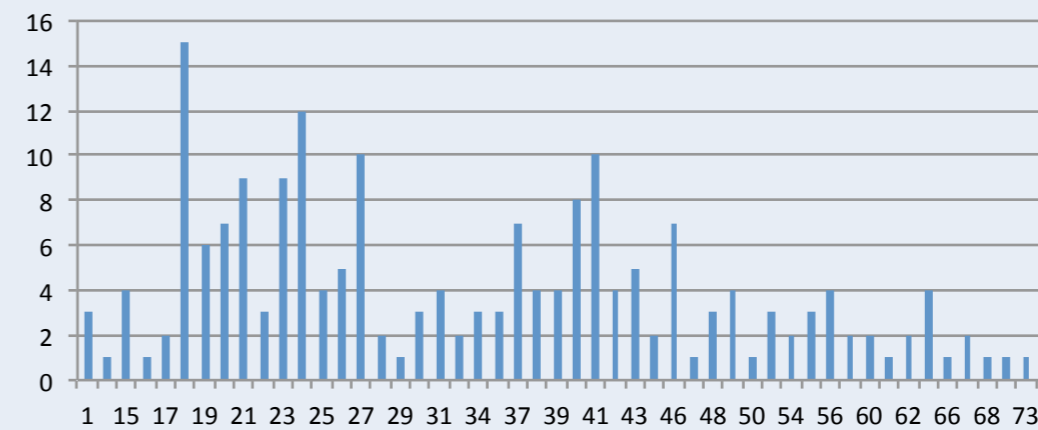
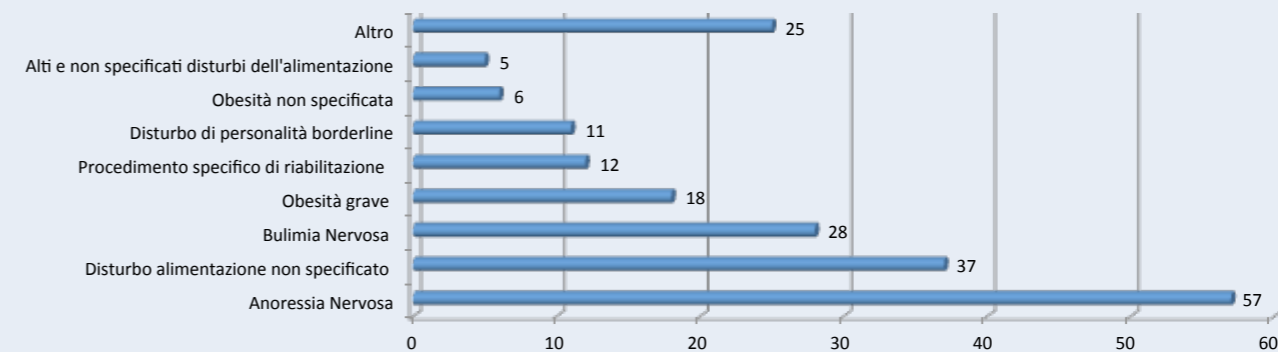


Figura 2.3.2.3
Diagnosi principale episodi di fuga [2009_2011]



Complessivamente la Tariffa Unica Convenzionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera (TUC) nel triennio in esame è stata rispettivamente di euro 422.096; 256.747; 425.239. Concludendo l'analisi dei dati di fuga, è necessario ribadire che il potenziamento del primo (PLS, MMG, Distretti) e secondo livello (DSM, NPI), il rafforzamento della loro integrazione, l'implementazione della collaborazione con la rete ospedaliera per i problemi di tipo strettamente medico internistico, ridurrebbe ulteriormente la fuga extraregionale.

Nonostante questa considerazione si deve però tenere presente che, stante l'attuale esperienza, una parte delle persone che si rivolgono a strutture extraregionali intendono far valere il diritto di scelta della struttura cui rivolgersi, e i servizi pur potendo proporre una riflessione in proposito, non possono comunque in ultima analisi, negare questo diritto.

3 PROBLEMI APERTI E PROSPETTIVE

L'analisi effettuata nel 2010 sui servizi regionali dedicati ai disturbi del comportamento alimentare ha reso evidente una certa disomogeneità tra le aziende che necessita quindi di un'implementazione del livello territoriale; inoltre è emersa una non omogenea integrazione tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali di primo e secondo livello per dare una risposta efficace nelle situazioni di acuzie e in quelle con prevalente problematica di tipo medico chirurgico.

In alcuni contesti sono stati censiti i servizi che si occupano di DCA distribuiti tra ospedali e strutture territoriali, molti dei quali non sono dedicati esclusivamente a queste patologie e talvolta intercettano numeri molto piccoli.

In particolare dalla ricognizione effettuata nel 2010 è emersa un'area sprovvista di un ambulatorio di secondo livello dedicato,

rappresentata dalla "ASS5 Bassa Friulana", pertanto nella programmazione regionale si è ritenuto necessario dare spazio da un lato al consolidamento di realtà già strutturate ma anche a colmare le carenze evidenziatesi. Da aprile 2011 si è organizzata un'équipe funzionale multiprofessionale presso il DSM dell'ASS5 colmando l'unica area che risultava completamente sguarnita a livello regionale.

Altro aspetto rilevante riguarda le modalità di accesso e di trattamento, sia nei casi in cui l'ambulatorio dedicato sia incardinato in strutture del DSM, sia se strutturato presso una azienda ospedaliera, elemento che determina situazioni di disequilibrio tra le diverse zone e i servizi della regione.

4 RILEVAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Si riportano di seguito alcune informazioni sui servizi attualmente operanti sul territorio regionale con indicazioni sulla sede di attività e gli orari di apertura:

AMBULATORIO DCA DI TRIESTE ASS n. 1

SEDE: via San Marco n° 11 Trieste (sede del distretto n° 2)

tel: 040-3995566

cell. 380 4799935

fax 040-3995570

e-mail: dca@ass1.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: dalle 9 alle 16 dal lunedì al venerdì

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: psicologo a tempo pieno

COLLABORAZIONI: 4 psichiatri e 4 infermieri del DSM

in via di definizione la collaborazione con una dietista per il supporto nutrizionale

AMBULATORIO DCA DI MONFALCONE – Dipartimento di Medicina -ASS n. 2

SEDE: Presidio Ospedaliero "SAN POLO" di Monfalcone

via Galvani 1 tel: 0481 487234

fax: 041487273

e-mail: luana.saetti@ass2.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: LU 9-13/15-18;

MA 14-17;

ME 8-13/ 13,30-16;

GI 9-13/13,30-17;

VE 9-12/13,30-17

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: psicologa (25 ore settimanali)

dietista (10,30 ore settimanali)

medico internista (su appuntamento e partecipa settimanalmente alla riunione di équipe)

psichiatra (su appuntamento e partecipa settimanalmente alla riunione di équipe)

AMBULATORIO DCA DI TOLMEZZO ASS n. 3

SEDE: c/o il CSM, via Bonanni, 2 - 33028 Tolmezzo (UD)

tel: 0433 - 43583

e-mail: dsmt@ass3.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: Da concordare previo appuntamento con valutazione domiciliare o c/o sede CSM

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: Psichiatra Direttore CSM Tolmezzo, psicologa

COLLABORAZIONI: Équipe età evolutiva, Consultorio familiare, Servizio sociale dei Comuni, Dipartimento medicina, Pediatria

CENTRO DCA PER ADOLESCENTI SOC NPIA ASS n.4

SEDE: c/o l'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione

"Gervasutta" Via Gervasutta, 48 - Udine

Primo piano Padiglione d'ingresso.

tel: 0432 553366

e-mail: npia.udine@mediofriuli.it

ORARIO DI APERTURA: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle ore 17.30.

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: Neuropsichiatra

COLLABORAZIONI: Pediatria AOUUD, EMT, Ambulatorio per la cura dei DCA di Udine, Burlo Garofolo

RILEVAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL TRATTAMENTO
DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**AMBULATORIO PER LA CURA DEI D.C.A. DI UDINE ASS n. 4**

SEDE : via Manzoni n° 3 Udine.

tel: 0432-272639

fax 0432-272644

e-mail: dsm.adca@mediofriuli.it

ORARIO DI APERTURA: 8,30-16 dal lunedì al venerdì
(per agevolare l'accesso a pazienti e famiglie con impedimenti rispetto all'orario ufficiale di apertura, l'ambulatorio è operativo anche nel tardo pomeriggio e il sabato)

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: medico psichiatra a tempo pieno
psicologo a tempo pieno infermiera professionale a tempo pieno
dietista 2 giorni alla settimana

COLLABORAZIONI: NPIA

EQUIPE FUNZIONALE DCA di PALMANOVA ASS n.5

SEDE: Distretto Est, Cervignano del Friuli, via Trieste 75

tel:0431-387731

fax: 0431-367724

e-mail: emt-dist-est@ass5.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: gli appuntamenti vengono concordati in base alle necessità dell'utenza e alla disponibilità degli operatori. Il lavoro viene svolto in stretta collaborazione con il CSM di Palmanova e di La tisana dove vengono svolte funzioni di filtro e di invio.

COMPOSIZIONE ÉQUIPE Due psicologi Neuropsichiatra

COLLABORAZIONI: Operatori e psichiatri del DSM

AMBULATORIO DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO ASS n. 6

SEDE: Ospedale di San Vito al Tagliamento, Vecchio Padiglione, Piano rialzato.

tel: 0434-841760

fax 0434-841600

e-mail: gianluigi.luxardi@ass6.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: 8,30-16 dal lunedì al giovedì,
8,30-14,30 il venerdì

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: psicologo a tempo pieno,
psicologo a tempo parziale, dietista a tempo pieno,
infermiera professionale a tempo pieno, amministrativa tempo pieno, internista 15 ore settimanali in
convenzione con AOPN,
psichiatra (presso CSM territoriali)

COLLABORAZIONI: Reparto di Medicina di San Vito, Reparti di Pediatria di San Vito e Pordenone, Servizio Dietistico AOPN, Dipartimento di Prevenzione, SERT.

RILEVAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL TRATTAMENTO
DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**CENTRO DI NUTRIZIONE CLINICA AOUD**

SEDE: Padiglione n. 6, terzo piano

Ambulatori: Padiglione n. 1, secondo piano, stanze n. 27-28-29

tel: 0432 552253

fax 0432 552286

e-mail: zoratti.raffaele@aoud.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: Visita ambulatoriale, previo appuntamento, rivolgendosi alla Segreteria, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle ore 10.00.

COMPOSIZIONE ÉQUIPE : medico internista endocrinologo, infermiere, dietista, psicologo

COLLABORAZIONI: Clinica psichiatrica, centri territoriali per i DCA ASS4 CSM e NPI, Clinica Medica, SOC endocrinologia e Malattie del Metabolismo
SOC CLINICA PSICHIATRICA –DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA AOUD

SEDE: Ambulatori Padiglione n. 6, primo piano.

tel: 0432 559284 (segreteria da lu-ve 9.00-15.30)

fax. 0432 559188

e-mail: clinicapsichiatrica@aoud.sanita.fvg.it

ORARIO DI APERTURA: attività ambulatoriale 09.00 -16.00 dal LU al VE day hospital 8.00 alle 14.30 da lunedì a venerdì

COMPOSIZIONE ÉQUIPE: psichiatri, psicologi, infermiere, medici specializzandi

COLLABORAZIONI: Centro di Nutrizione Clinica, Clinica Medica, Centri territoriali DCA AV Udinese, NPIA

**STRUTTURA COMPLESSA OSPEDALIERA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (DIP. MEDICINA PEDIATRICA)
BURLO GAROFOLO**

SEDE: IRCCS Burlo Garofolo – Trieste

AMBULATORI E DAY HOSPITAL 4° PIANO SCALA A

Degenza 3° piano (area di degenza comune con la Pediatria)

tel: 040 3785378 caposala

e-mail: carrozzi@burlo.trieste.it

ORARIO DI APERTURA: Attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle ore 18

Attività di ricovero tutti i giorni

Attività di day Hospital: da lunedì a venerdì dalle 8.30 alle 16 circa

COMPOSIZIONE ÉQUIPE : le attività cliniche diagnostiche e terapeutiche, sono trasversali a più strutture complesse dell'IRCCS: 6 specialisti NPI, 2 psicologhe, medici specializzandi in Neuropsichiatria Infantile, personale esperto nella somministrazione di test neuropsicologici, educatori disponibili attraverso un'apposita convenzione con una cooperativa esterna all'IRCCS

COLLABORAZIONI: con gli specialisti operanti presso le altre SSCC: due endocrinologi pediatri e di un pediatra della Clinica Pediatrica, di un gastroenterologo nutrizionista del Servizio di Gastroenterologia, oltre a tutte le competenze specialistiche mediche e chirurgiche dell'IRCCS che è un policlinico pediatrico.

All'interno dell'IRCCS è inoltre disponibile un servizio di supporto scolastico ("Scuola in Ospedale) erogato da docenti appartenenti al sistema scolastico nazionale. Tale servizio viene attivato per soggetti che necessita di ricoveri prolungati ed i programmi didattici sono svolti in raccordo con gli insegnanti della scuola di provenienza

RILEVAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

	NOME SERVIZIO	DISTURBO TRATTATO	ETA'	SERVIZIO OFFERTO	MODALITA' ACCESSO/PAGAMENTO	RELAZIONE CON ALTRI SERVIZI
ASS 1	Ambulatorio per i disturbi del comportamento alimentare DSM	A.N. bulimia BED, obesità	16-40	Terapia individuale, di gruppo, consulenza nutrizionale, presa in carico con PAI rete dei servizi distrettuali, sociali, DSM e dipendenze con MMG	Accesso diretto e gratuito, previo appuntamento, successivi trattamenti gratuiti	DSM, Distretti, Dip. dipendenze, Dip. Prev, AOU Trieste, MMG
ASS 2	Ambulatorio per disturbi comportamentali alimentare, (Dipartimento di Medicina Monfalcone)	A.N., bulimia, DCA nas, BED	14-55	Terapia individuale, di gruppo, familiare, consulenza dietista, visita internistica e psichiatrica	Accesso con impegnativa	CSM, pediatria, ginecologia, cliniche convenz., Università PD
ASS 3	Ambulatorio DCA c/o DSM Tolmezzo	Anoressia restrittiva, bulimia, disturbo di personalità	18-30	Terapia individuale, sistemico-relazionale, programmi psicoeducativi per pazienti e famiglie	Accesso diretto e gratuito, previo appuntamento, successivi trattamenti gratuiti	Dipartimento medicina, pediatria, equipe età evolutiva
ASS 4	Ambulatorio per disturbi condotta alimentare (DSM)	A.N., bulimia, obesità	16-70	Terapia individuale, di gruppo familiare, visite specialistiche, trattamenti farmacologici e rieducazione alimentare, gruppi di empowerment con associazione "Diamo Peso al Benessere"	Accesso diretto e gratuito, previo appuntamento, successivi trattamenti gratuiti	CSM, MMG, NPIA, Medici specialisti
	Centro dei DCA per ragazzi e adolescenti (NPIA)	Soprattutto anoressie restrittive, bulimia, BED e obesità grave, disturbi alimentari secondari a disturbi psichiatrici	0-18	Presa in carico del ragazzo e della famiglia con psicoterapia familiare, individuale e di gruppo, accompagnamento nutrizionale con colloqui e controlli e riabilitazione nutrizionale, presa in carico per disturbi psichiatrici associati, continuità della presa in carico durante i ricoveri pediatrici, percorso scolastico individualizzato	Accesso con impegnativa, o su invio dell'EMT o altri servizi; ticket previsto solo per la prima visita; successivi trattamenti gratuiti	PLS e MMG, Ospedale Burlo Garofolo, reparto di pediatria di Udine, DSM
ASS 5	Equipe dei disturbi comportamentali alimentare	A.N., bulimia, obesità	14-65	Terapia individuale e consulenza dietista	Accesso diretto e gratuito, previo appuntamento, successivi trattamenti gratuiti	CSM, MMG, NPIA, Medici internisti
ASS 6	Centro per i disturbi alimentari (DSM)	A.N., Bulimia Disturbi alimentari NAS, disturbi da alimentazione incontrollata, obesità	pre-adolescenti, adolescenti, adulti	Val. medica, psicologica, consulenza psichiatrica, psicoterapia individuale, di gruppo e familiare, psicoeducazione, riabilitazione nutrizionale, ricovero per acuzie in medicina e pediatria	Accesso con impegnativa, prima valutazione gratuita, successivo trattamento a pagamento	Servizio dietistico aziendale, SOC medicina, SOC pediatria S. Vito

RILEVAZIONE DEI SERVIZI DEDICATI AL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

	NOME SERVIZIO	DISTURBO TRATTATO	ETA'	SERVIZIO OFFERTO	MODALITA' ACCESSO/PAGAMENTO	RELAZIONE CON ALTRI SERVIZI
ASS 1	Ambulatorio pediatrico per l'obesità (Soc pediatria)	Sovrappeso, obesità patologiche correlate all'obesità(HTN)	0-18	Terapia individuale, inquadramento clinico diagnostico, follow up	Accesso con impegnativa	Cardiologia preventiva
	SS chirurgia obesità (1° chir)	Obesità grave BMI> 40, obesità di II grado con comorbidità.	18-65	Terapia chirurgica e follow up	Accesso con impegnativa	Soc Anestesia, patologia cardiovascolare, diabetologia, serv. Psicologia, dietologia
AO PN	Amb. di nutriz. Clinica e disturbi comp. Alimentare (SOC med. Int Sacile)	DCA, sovrappeso, obesità, NAD	6-75	Terapia individuale cognitivo-comportamentale e di gruppo	Accesso con impegnativa	DSM, CDA di San Vito al Tagliamento
AOUD	Servizio di patologia cardiovascolare e ATS	Prevenzione malattie cardiovascolari	Adulti	Anamnesi approfondite, dieta personalizzata, ed. sanitaria di gruppo	Accesso con impegnativa	Cardiologia (prevenzione secondaria), chirurgia bariatrica
	SOC Clinica psichiatrica	Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbi alimentari, NAS, Disturbi da alimentazione incontrollata (BED), Ortorexia e tutte le patologie legate alle condotte alimentari alterate	17 Adulti	Iter Diagnostico con valutazione psichiatrica, testistica psicodiagnostica, valutazione internistica - nutrizionale - dietologica. Percorso terapeutico - riabilitativo individualizzato per tipo di patologia: Psicoterapia individuale, Psicoterapia di gruppo, Psicoterapia Familiare, Psicoeducazione di gruppo, (secondo il modello MBT), monitoraggio psichiatrico, dietologico, nutrizionale, interno, in regime ambulatoriale, di DH o di ricovero ospedaliero	Accesso diretto (non è richiesta l'impegnativa del medico di base), previo appuntamento, trattamento a pagamento	Centro di Nutrizione clinica, Clinica Medica, Centri territoriali DCA AV Udinese, NPI
	Centro di nutrizione Clinica	DCA, in eccesso e in difetto	Adulti, tarda adolescenza	Terapia individuale ambulatoriale, studi metabolici in DH, supporto nutrizionale ai trattamenti chirurgici	Accesso con impegnativa	Chirurgia generale, Clinica psichiatrica, Dh endocrinologia, dott. Bearzi ASS 4, NPIA
BURLO	Servizio integrato del Dip. di Medicina e dei trapianti di midollo osseo	A.N, bulimia, obesità estrema, aversione cibo lattanti	0-17	Supporto alla nutrizione, Terapia individuale e di gruppo ambulatoriale, DH, ricovero ordinario, seminari formativi	Accesso con impegnativa	Neuropsichiatria e neurologia pediatrica, clinica ped, Gastroenterologia

Come previsto anche dal recente documento di consenso sui disturbi del comportamento alimentare dell'Istituto Superiore di Sanità il modello organizzativo per la gestione dei DCA deve essere quanto più possibile multidimensionale, interdisciplinare e

multi-professionale integrato ed età specifico, pertanto la tabella sotto riportata indica le professionalità stabilmente coinvolte nei servizi censiti. [Tab. 4.1]

Tabella 4.1
Professionalità coinvolte
nei servizi censiti

Professionalità per servizio DCA	Psichiatra	Psicologo	Pediatra	Dietista	Neuropsichiatra infantile	Nutrizionista	Infermiere	Endocrinologo	Sociologo	Internista	Altro
ASS1 Ambulatorio per i DCA- DSM-											
ASS2 Ambulatorio per i DCA -Dip. Medicina-											
ASS3 Ambulatorio per i DCA- DSM-											
ASS4 Ambulatorio per disturbi condotta alimentare -DSM-											
ASS4 Centro dei DCA per adolescenti -NPIA-											
ASS5 Equipe per i disturbi comportamento alimentare											
ASS6 Centro per i disturbi del comportamento alimentare											
AOPN Ambulatorio pediatrico per l'obesità											
AOPN chirurgia obesità (1° chir)											
AOPN Amb. di nutriz. Clinica e disturbi comp. Alimentare (SOC med. Int Sacile)											
AOPN servizio di patologia cardiovascolare e ATS											
AOUD Centro di nutrizione Clinica											
AOUD Clinica psichiatrica											
IRCCS BURLO											

IL DISEGNO DELLA RETE REGIONALE

Dal censimento effettuato con riferimento ai servizi che attualmente offrono prestazioni dedicate al trattamento dei DCA, è emersa una disomogeneità anche relativamente alla loro articolazione. Si è pertanto ritenuto necessario sviluppare un disegno della rete di risposta ai DCA che fosse omogeneo ed equo su tutto il territorio regionale, articolato sul livello territoriale, per la risposta ambulatoriale e di trattamento diurno, riservando all'ospedale la funzione di trattamento dell'acuzie.

- Il primo livello è rappresentato da pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, consultori familiari, équipe multidisciplinari territoriali, ecc. terminali non specifici che hanno la funzione cardine di intercettare il bisogno, segnalare e inviare la persona ai servizi dedicati di secondo livello con modalità, procedure e protocolli condivisi.
- I servizi di secondo livello sono rappresentati dalle attività ambulatoriali e semiresidenziali o centri diurni e sono deputati alla diagnosi e al trattamento specifico dei DCA. Sono collocati nei DSM e nei servizi/strutture di NPI con il compito di conferma diagnostica, presa in carico multidisciplinare con definizione del progetto riabilitativo individuale e del programma riabilitativo, ovviamente mantenendo uno stretto collegamento con il PLS o il MMG della persona presa in carico e se necessario richiedendo una UVD al distretto di residenza per la presa in carico da parte dei servizi socio sanitari territoriali. Il setting ambulatoriale e di accoglienza diurna dovrà essere sviluppato in un'ottica di area vasta.
- I servizi ospedalieri sono dedicati alla fase in acuzie che può rendersi necessaria per gravi problemi fisici o per comorbidità psichiatrica grave. I trattamenti di ospedalizzazione, dovrebbero essere limitati nel tempo e mirati a creare un compenso e hanno come obiettivo l'uscita dalla specifica condizione di acuzie. Essendo necessario, anche nel caso di un ricovero in un reparto internistico o pediatrico, (quest'ultimo auspicabile in età preadolescenziale e adolescenziale) un sostegno psicoterapico e nutrizionale specialistico per i DCA, dovrà essere garantita la continuità della presa in carico da parte del territorio in ambiente ospedaliero o in alternativa potrà essere garantita la funzione da specialisti dell'azienda ospedaliera, per il periodo del ricovero, con il trasferimento delle informazioni a garanzia della continuità assistenziale ai servizi territoriali. Per tale ragione sarà indispensabile la formalizzazione, laddove non presenti, di appositi protocolli operativi interaziendali a garanzia della continuità assistenziale. L'IRCCS Burlo Garofolo manterrà la funzione di riferimento regionale per i casi dei minori nei quali il DCA si associa a un importante disturbo neuropsichiatrico non trattabile solo con il livello ambulatoriale.

Nel documento di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità e nel Quaderno del Ministero si riafferma come il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione sia il contesto ambu-

litoriale che non interrompe la vita del paziente, pur specificando che dovrebbero essere previste altre tipologie di strutture con livelli assistenziali crescenti, tutte articolate in una sorta di network assistenziale stabile.

Si ribadisce, infatti, che in alcuni casi, può essere necessario un percorso extraospedaliero di tipo comunitario, ma appare assolutamente necessario che anche la fase residenziale sia in stretta continuità con i servizi di primo e di secondo livello, sia prima che dopo l'accoglienza nella struttura. La continuità quindi deve intendersi come continuità del progetto terapeutico riabilitativo all'interno di un indirizzo organico e coerente di tipo tecnico professionale e organizzativo, evenienza possibile soltanto all'interno del servizio sanitario pubblico.

Un'altra variabile da tenere presente in riferimento all'opportunità di un'accoglienza residenziale riguarda l'età, poiché sempre più spesso, i servizi incontrano nuovi "casi" nei quali i disturbi si presentano molto precocemente (anche 11, 12 anni) e pertanto pazienti in fase così preadolescenziale difficilmente possono essere indirizzati a contesti comunitari, soprattutto se non età specifici. Vi sono ampie evidenze in letteratura e vi è ampio consenso tra i clinici sul fatto che gli adolescenti presentano caratteristiche specifiche che li differenziano dagli adulti dal punto di vista dei compiti evolutivi, delle componenti biologiche, delle interrelazioni con la famiglia e il contesto di vita, degli aspetti legali, e conseguentemente richiedono interventi e modelli di servizi che siano specifici per età oltre che per tipologia di disturbo.

Da tempo nella nostra regione alcuni reparti di pediatria hanno maturato un'esperienza di accoglienza residenziale per questa tipologia di pazienti costruendo una buona rete che salvaguarda la permanenza in un contesto vicino al domicilio, la continuità di relazione con i genitori e la continuità di un percorso scolastico con modalità personalizzate.

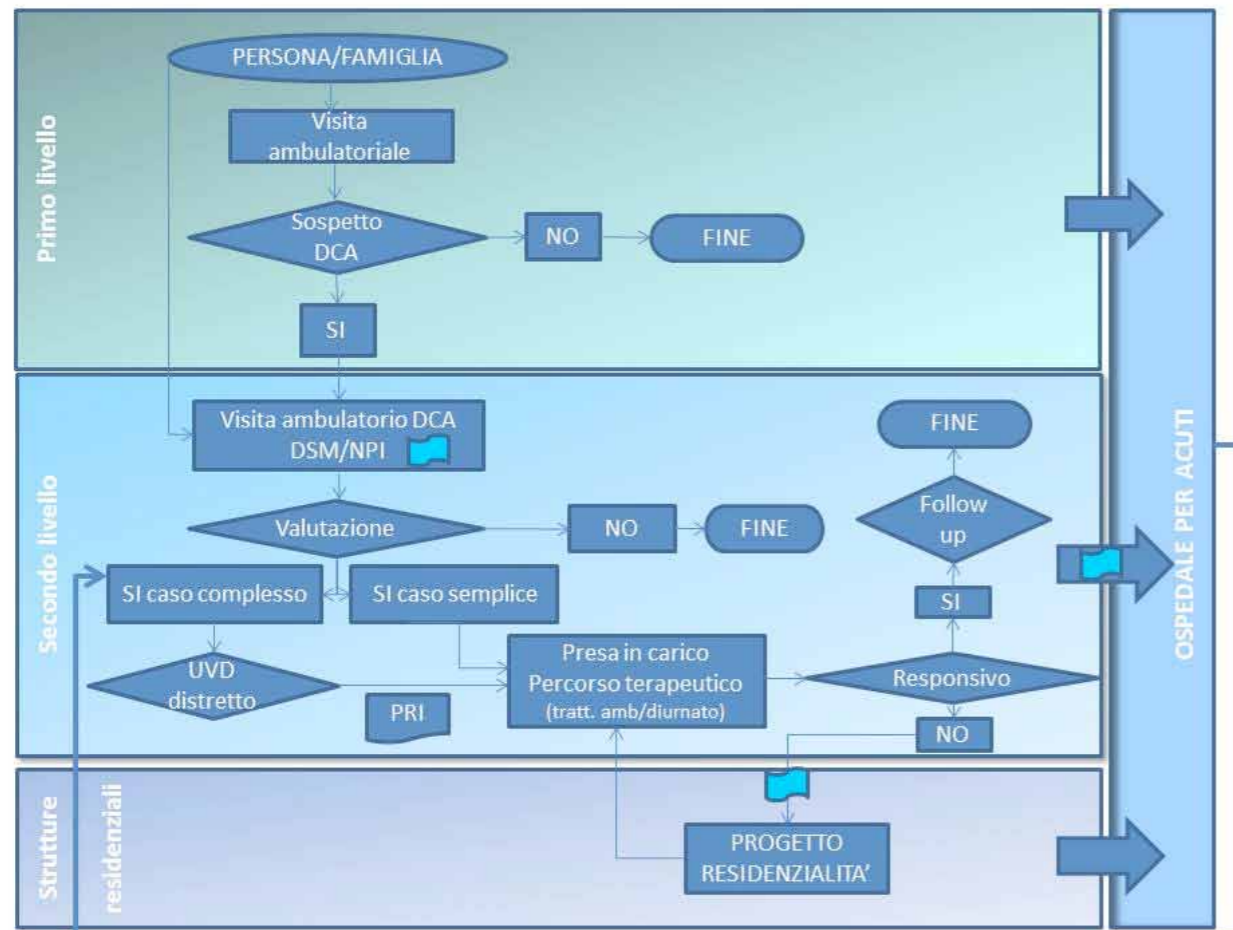
La Clinica Psichiatrica dell'AOUD e l'IRCCS Burlo Garofolo svolgono la funzione regionale di osservatorio epidemiologico, di indirizzo formativo degli operatori, in stretta collaborazione con la Direzione Centrale Salute, con i DSM e i servizi di NPI.

La Direzione Centrale Salute ha un ruolo di coordinamento tra gli attori istituzionali della rete e intrattiene rapporti con le associazioni e la rete informale.

La rete delle associazioni di volontari svolge un ruolo di indirizzo, informazione e orientamento per gli utenti e le loro famiglie e di collaborazione con la rete istituzionale nell'avvio di attività di auto mutuo aiuto a livello locale.

A seguito delle criticità e delle disomogeneità riscontrate nell'analisi dell'attuale organizzazione, il gruppo regionale ha elaborato il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo, tenendo in considerazione il riassetto della rete e un suo eventuale potenziamento, finalizzato alla precoce individuazione e corretta gestione della persona con DCA. Il diagramma di flusso sotto riportato sintetizza le fasi del percorso nei diversi setting assistenziali. [Fig. 5.1]

Figura 5.1 Diagramma del percorso diagnostico terapeutico riabilitativo della rete dei DCA



IL RUOLO DELLA PREVENZIONE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

L'attività della prevenzione in Friuli Venezia Giulia si è concentrata in questi anni prevalentemente sugli aspetti legati alla corretta alimentazione e alla promozione dell'attività motoria, in quanto si tratta di fattori che giocano un ruolo fondamentale nel contrastare l' "epidemia del secolo", obesità e sovrappeso, e svariate malattie croniche.

I Dipartimenti di Prevenzione svolgono su questo tema attività di sorveglianza e di promozione della salute.

I programmi di sorveglianza realizzati sono:

- **OKkio alla SALUTE**, sistema di sorveglianza sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) con cui si rilevano ogni 2 anni dati antropometrici e sui comportamenti, coinvolgendo anche le famiglie.
- **HBSC**, sistema di sorveglianza con cui si rilevano ogni 4 anni dati sui comportamenti in adolescenza, compresa alimentazione e attività fisica; la popolazione target dello studio HBSC sono i ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni). Questa fascia di età rappresenta l'inizio dell'adolescenza, una fase di forti cambiamenti sia a livello fisico sia emozionale, ma anche il periodo della vita in cui sono prese importanti decisioni riguardanti la salute e il proprio futuro.
- **PASSI**: sistema di sorveglianza che annualmente, attraverso la somministrazione telefonica di un questionario, effettua un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e del rapporto con i servizi sanitari.

I report dei 3 programmi di sorveglianza forniscono informazioni utilizzabili per programmare l'offerta di servizi e in particolare le attività e i progetti di promozione della salute e dei corretti stili di vita, e costituiscono il riferimento principe del Piano Regionale Prevenzione per valutare il trend nelle abitudini di vita e per misurare i risultati dei programmi di prevenzione realizzati.

Le attività di promozione della salute sono programmate annualmente con le Linee di Gestione, che anche nel 2013 prevedono progetti di prevenzione dell'obesità e promozione di una corretta nutrizione, nella cornice progettuale del Piano Regionale Prevenzione.

Il target di riferimento è la popolazione generale, con una maggiore attenzione alle età giovanili: nelle scuole primarie vi sono progetti per la "merenda sana" e per favorire scelte adeguate nella ristorazione collettiva contribuendo alla definizione dei capitolati di appalto per le mense; nell'adolescenza gli interventi, sempre concordati con le scuole, si orientano a privilegiare un approccio più ampio al benessere focalizzando e potenziando le competenze trasversali (life skills); sono anche disponibili supporti mediatici prodotti dal Ministero della Salute.

Inoltre la Regione ha realizzato e formalizzato in questi ultimi anni

documenti d'indirizzo per la corretta nutrizione nei nidi d'infanzia, per la ristorazione collettiva (mense scolastiche) e per la distribuzione automatica.

Per una sempre migliore collaborazione e integrazione tra servizi che si rivolgono alla popolazione giovanile e in particolare alle scuole, è auspicabile e fattibile un confronto tra Dipartimenti di Prevenzione e servizi coinvolti nella gestione dei disturbi del comportamento alimentare, al fine di migliorare la conoscenza delle iniziative e dell'offerta e per migliorare coerenza e sintonia nell'interlocuzione con la scuola, partner indispensabile e privilegiato per promuovere salute.

Inoltre le informazioni fornite dai programmi di sorveglianza so-praccitati possono essere utilmente condivise ai fini di una programmazione sempre più coerente con i bisogni.

Come riportato dalle indicazioni della consensus nazionale, sarebbe fondamentale definire un assessment dei fattori di rischio di maggiore potenza predittiva come ad esempio, insoddisfazione per il corpo e le forme corporee, dieting, immagine corporea negativa, così da individuare la popolazione a rischio, che dovrebbe essere motivata a partecipare grazie a specifiche proposte di intervento che incentivino e sviluppino la motivazione personale. Inoltre vi sono emergenti evidenze di una maggior efficacia degli interventi di prevenzione selettiva rispetto a quelli di prevenzione universale pur utilizzando analoghe modalità di intervento (ad esempio interventi sulla dissonanza cognitiva), probabilmente dovute ad una maggiore sensibilità in popolazioni che presentano già segnali di disagio.

In particolare è emerso dalla revisione della casistica che interventi di dissonanza cognitiva e di gestione salutare del peso hanno ottenuto una diminuzione dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, dell'insoddisfazione corporea, degli stati d'animo negativi, dei sintomi dei disturbi dell'alimentazione e degli aspetti disadattivi nel funzionamento psicosociale.

Programmi di prevenzione selettiva tramite internet (intervento Student Bodies), pur essendo associati a un elevato tasso di abbandono, sembrano promettenti per l'acquisizione di capacità nel fronteggiare l'impulsività legata ad abbuffate e per il mantenimento di un peso salutare negli adolescenti.

CONCLUSIONI

Questo documento rappresenta la prima analisi strutturata in Friuli Venezia Giulia del fenomeno dei DCA ed è finalizzato alla ricognizione dei servizi, dell'attività e delle prestazioni erogate, ma soprattutto alla riorganizzazione in un'ottica di risposta regionale in rete ai bisogni delle persone affette da un disturbo del comportamento alimentare.

Dall'analisi condotta è emersa l'esigenza di un coordinamento tra i servizi esistenti, di una ristrutturazione e contestualmente di un potenziamento della rete territoriale con la necessità di rendere omogeneo ed equo il percorso di presa in carico fin dal momento di accesso alla rete. Questo passaggio dovrà pertanto prevedere delle riorganizzazioni nel breve-medio periodo all'interno dei servizi e in qualche caso tra le aziende territoriali e quelle ospedaliere. Inoltre, come previsto nella programmazione regionale e condiviso con i professionisti, dovranno essere formulati o rivisti, nel caso fossero già presenti, protocolli operativi a garanzia della continuità assistenziale nelle fasi di passaggio tra l'età adolescenziale e l'età adulta e tra servizi territoriali e ospedalieri, questi ultimi dedicati alla gestione delle fasi acute di malattia.

A completamento della rete regionale che si sarà strutturata e consolidata, è stata concordemente valutata la necessità di formalizzare una convenzione con una struttura di riabilitazione di terzo livello già presente fuori regione, a garanzia dei casi, per quanto limitati dal punto di vista numerico, non rispondenti al progetto di riabilitazione con setting ambulatoriale e/o di trattamento diurno.

Come sopra espresso è perciò evidente che questo documento non può prevedere conclusioni definitive, ma rappresenta un primo importante passo, voluto dagli operatori stessi del sistema, dalle famiglie e dalle associazioni per accrescere l'efficienza e la qualità del servizio regionale in risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi del comportamento alimentare.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M. The mortality rate from anorexia nervosa, *Int J Eat Disord*. 2005 Sep;38(2):143-6.
- Eagles J, Johnston M, Hunter D, et al. Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *Am J Psychiatry* 1995;152:1266.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug;65(4):701-8.
- Gordon A.R. *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*. Milano, Cortina, 1990.
- Hall A, Hay P. Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychol Med* 1991;21:697.
- Hoek H, Bartelds A, Bosveld J, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1272.
- Hoek HW, Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389-94.
- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003 Dec;34(4):383-96.
- Jorgensen J. The epidemiology of eating disorders in Fyn County Denmark, 1977-1986. *Acta Psych Scand* 1992;85:30.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, et al. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917.
- Milos G, Spindler A, Schnyder U, et al. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord* 2004;36:118.
- Moller-Madsen S, Nystrup J. Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psych Scand* 1992;86:187.
- Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S19-29.
- Turbull S, Ward A, et al. The demand for eating disorder care, An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry* 1996;169:705-12.
- Willi J, Giacometti G, Limacher B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry* 1990;147:1514.
- Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, Zucchi T, Cosci F, Ricca V. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):376-83.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug;65(4):701-8.

Laura Dalla Ragione. *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.

Sukkar SG, Foppiani L, Campostano A. *Management and treatment of eating disorders in an Italian region*. *Eat Weight Disord*. 2005 Sep;10(3):204-9

Linee guida APA "Practice guideline for Treatment of Patients With Eating Disorders", APA 2006

NICE . *Eating Disorders - Core Interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. NICE Clinical Guideline No. 9. London: National Institute for Clinical Excellence. London: Gaskell and The British Psychological Society, 2004.

Documento preliminare di consenso "Conferenza nazionale di consenso sui disturbi del comportamento alimentare". Ottobre 2012 Istituto Superiore di Sanità, Ausl 2 dell'Umbria, Ministero Salute.

Quaderni del Ministero della Salute "Appropriatezza clinica strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione" ISSN 2038-5293 n.17/22 luglio-agosto 2013.

www.bulimianoressia.it

www.epicentro.iss.it

