Ordine Psicologi
Regione Campania

LINEE DI INDIRIZZO

# DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

Linee di indirizzo per gli Psicologi dell'Ordine degli Psicologi della Campania a cura di:
Gruppo di Lavoro Psicologia e Alimentazione dell'Ordine degli Psicologi Regione Campania

Ordine Psicologi
Regione Campania

# INDICE

1. **Introduzione e finalità del documento** – GDL Psicologia e Alimentazione

2. **Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione: cosa sono** - Alessandro Raggi

3. **Come fare diagnosi: comorbilità e diagnosi differenziale** - Alessandro Raggi, Dott.ssa Claudia Gucciardi e Dott.ssa Silvia Del Buono

4. **Il trattamento multidisciplinare dei DA** - Claudia Gucciardi e Silvia Del Buono

5. **Il lavoro con le famiglie** - Federico Sasso

6. **Prevenzione** - Fortuna Marrone

7. **Competenze dello psicologo per lavorare con i Disturbi dell'Alimentazione** – Alessandro Raggi

8. Riferimenti Regione Campania

9. Riferimenti Nazionali

10. Conclusioni

**Bibliografia**

# 1. INTRODUZIONE E FINALITÀ DEL DOCUMENTO

I disturbi dell'alimentazione rappresentano una delle principali criticità di salute pubblica in Italia. Ogni anno, si stimano per i DA circa 4.000 decessi a causa delle relative complicanze, classificandosi come la seconda causa di morte tra i giovani al di sotto dei 25 anni. Sebbene l'età media di esordio si attesti intorno ai 15 anni, osserviamo con preoccupazione una tendenza decrescente, con casi che emergono già in bambini in età prepuberale.

In questo contesto, si riconosce l'importanza di offrire agli psicologi una guida di riferimento. A tale scopo, queste linee guida, pur ispirandosi alle ufficiali linee guida nazionali del Ministero della Salute, si propongono come un complemento aggiornato e specifico, caratterizzandosi per la loro praticità e accessibilità.

Tenendo conto delle recenti evoluzioni nel campo, come gli aggiornamenti del DSM (2015 in Italia) e l'impatto della pandemia da Covid-19 sulla diffusione dei DA, questo documento aspira a fornire agli psicologi uno strumento attuale e facilmente consultabile. Per dettagli approfonditi e specifici, si rimanda comunque alle linee guida nazionali, in particolar modo quelle del 2013.

L'obiettivo primario di queste linee guida è assistere gli psicologi nell'identificazione, nell'intervento e nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, offrendo indicazioni chiare e principi fondamentali per un efficace approccio clinico in un contesto così complesso e in continua evoluzione.

# 2. I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE: COSA SONO

I disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (DNA, di seguito per comodità di lettura DA o Disturbi Alimentari) sono

manifestazioni cliniche che comportano un'anomala relazione con il cibo, la dieta e l'assunzione di nutrienti, influenzando negativamente sia la salute fisica che quella psicologica dell'individuo. Questi disturbi si manifestano attraverso comportamenti alimentari malsani, ossessioni per il peso o l'immagine corporea e, in alcuni casi, autopunizione.

I DA riguardano in prevalenza il genere femminile e hanno un'età di esordio legata all'adolescenza, anche se negli ultimi anni questi dati sembrano modificarsi significativamente.

Tra i disturbi alimentari più comuni troviamo l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder). Tuttavia, è importante sottolineare che vi sono molte altre forme di disturbi alimentari e che le manifestazioni possono variare da persona a persona. Alcuni disturbi, come l'ortoressia, la vigoressia e la drunkoressia, non sono attualmente riconosciuti come categorie diagnostiche specifiche legate ai DA, ma sono stati oggetto di crescente interesse da parte della comunità scientifica e medica. La vigoressia in particolare, che riguarda più strettamente il genere maschile, pur essendo presente nel DSM 5, non è inclusa tra i DA.

È fondamentale riconoscere che i disturbi alimentari raramente si manifestano come "categorie a sé stanti", ma sono il più delle volte legati ad altre condizioni psicopatologiche, come disturbi d'ansia, depressione, o disturbi della personalità. La complessità delle interazioni tra queste condizioni rende la diagnosi e il trattamento dei disturbi alimentari un processo che richiede esperienza e professionalità.

I disturbi alimentari possono variare in termini di gravità. La mortalità associata a queste psicopatologie è significativamente elevata: secondo alcuni studi l'anoressia nervosa mostra il più alto tasso di mortalità tra tutti i disturbi psichiatrici. D'altronde non tutte le forme di disturbo alimentare si manifestano necessariamente in maniera così severa. Anche nei casi meno gravi, comunque, non va mai sottovalutato e tantomeno sminuito il disagio soggettivo del paziente. A questo proposito, è essenziale ricordare che non bisogna mai confondere una psicopatologia con una condizione avulsa dalla soggettività.

Occorre, infatti, tener presente che, sebbene le psicopatologie si basino su criteri stabiliti e su approcci scientifici, la natura soggettiva dell'esperienza di ciascun individuo e la complessità delle interazioni tra diversi fattori rendono l'identificazione e la gestione di queste condizioni un processo che coinvolge sia aspetti oggettivi che soggettivi. La storia personale, la personalità e l'ambiente in cui un individuo è inserito giocano un ruolo fondamentale nell'insorgenza e nella manifestazione dei disturbi alimentari.

Le cause scatenanti dei disturbi alimentari sono multifattoriali e mai legate a una specifica e univoca causa. Fattori genetici, biologici, psicologici e ambientali possono interagire e contribuire allo sviluppo di queste condizioni.

Identificare e comprendere i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è essenziale per sviluppare sistemi di prevenzione e trattamento efficaci. L'approccio terapeutico varia a seconda del disturbo e della gravità dei sintomi, ma spesso include interventi psicologici, nutrizionali e, se necessario, farmacologici.

Il coinvolgimento della famiglia può rivelarsi cruciale nel processo di recupero, poiché può offrire sostegno emotivo e pratico, facilitare la comunicazione e aiutare a sviluppare strategie di coping efficaci. La famiglia può anche beneficiare di terapie familiari, che possono migliorare la comprensione e l'approccio nei confronti del disturbo alimentare.

Una delle sfide nel trattamento dei disturbi alimentari è superare lo stigma e i pregiudizi che spesso li circondano. L'educazione e la sensibilizzazione possono aiutare a sfidare queste percezioni errate e a promuovere un approccio empatico e comprensivo nei confronti delle persone che vivono questo disagio.

Inoltre, è importante riconoscere l'impatto del contesto culturale e sociale sullo sviluppo e la manifestazione dei disturbi dell'alimentazione. Campagne pubblicitarie, rappresentazioni dei media e pressioni sociali possono contribuire a modellare le aspettative in merito all'immagine corporea e al peso, influenzando la vulnerabilità individuale a questi disturbi.

Infine, l'innovazione e la ricerca nel campo dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione sono fondamentali per identificare nuovi fattori di rischio, sviluppare trattamenti più efficaci e promuovere un approccio olistico alla salute e al benessere. L'integrazione di discipline come la psicologia, la sociologia e la medicina potrebbe offrire una prospettiva più ampia e una comprensione più profonda di questi disturbi, tenendo in considerazione l'unicità e la soggettività di ogni individuo.

Collaborazioni multidisciplinari e la condivisione delle conoscenze tra professionisti della salute possono contribuire a migliorare l'identificazione precoce, il sostegno e il recupero delle persone affette da disturbi alimentari. Inoltre, la promozione di ambienti inclusivi e la riduzione dello stigma associato a queste condizioni sono passi importanti verso una migliore comprensione e un trattamento più efficace dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

## 3. COME FARE DIAGNOSI DI DA: COMORBILITÀ E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

**Introduzione: La diagnosi in psicopatologia**
La diagnosi è un atto clinico di conoscenza delle condizioni del paziente. In medicina equivale al riconoscimento di fenomeno e alla sua riconducibilità ad una categoria attraverso criteri specifici.
La **diagnosi psichiatrica**, si differenzia dalla diagnosi medica "biologica" perché fondata su principi e metodologie differenti rispetto a quest'ultima. In particolare, la **diagnosi psichiatrica** si basa sulla diagnosi psicopatologica, che segue logiche e criteri molto diversi da quelli delle altre diagnosi mediche. La **diagnosi psicologica**, invece, è un insieme più vasto che include la diagnosi psicopatologica.

**Chi può formulare la diagnosi di DA**
La diagnosi di DA è una diagnosi psichiatrica o psicopatologica.

I soggetti titolati a formulare questo tipo di diagnosi sono:
**- Medico**
**- Psicologo**

**Raccomandazioni:**
- È raccomandato che la diagnosi di DA, per la sua complessità, sia sempre avvalorata da medici e psicologi con esperienza specifica.
- La diagnosi di DA deve essere attentamente ponderata in un contesto diagnostico che prenda in considerazione vari fattori, tra cui le dimensioni e la struttura di personalità del paziente (come tratti di personalità persistenti), le comorbidità (la presenza di altri disturbi mentali o fisici), le risorse personali e sociali del paziente, il contesto familiare (come il supporto familiare e la dinamica familiare), e le eventuali variabili che contribuiscono al mantenimento del sintomo.
- La valutazione diagnostica, che non si può limitare alla sola dimensione categoriale, è necessaria a impostare una terapia efficace e a determinare il corretto livello di intervento terapeutico.
- Assieme alla diagnosi psicopatologica va effettuata una valutazione antropometrica e una diagnosi differenziale medica, per questo è sempre necessario che i pazienti con DA siano presi in carico in equipe multidisciplinare. Questo assicura che tutti gli aspetti della condizione del paziente siano presi in considerazione nella diagnosi e nel piano di trattamento.

**ELEMENTI DIAGNOSTICI**
Di seguito si riepilogano sinteticamente i principali criteri diagnostici del DSM-5 e del PDM2

Il **DSM-5** (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) fornisce la seguente definizione dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DA): *«I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale».*

Il DSM-5 include le seguenti categorie diagnostiche, di cui le

prime tre riguardano soprattutto i disturbi della nutrizione dell'infanzia:
**1)** Pica
**2)** Disturbo di ruminazione
**3)** Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
**4)** Anoressia nervosa
**5)** Bulimia nervosa
**6)** Disturbo da alimentazione incontrollata, o da Binge Eating
**7)** Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
**8)** Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Inoltre, il DSM-5 ha introdotto dei criteri per valutare il livello di gravità di ognuno dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (Lieve, Moderato, Grave ed Estremo), in base all'Indice di Massa Corporea (BMI) nel caso dell'Anoressia Nervosa, alla frequenza delle condotte compensatorie nel caso della Bulimia e alla frequenza delle abbuffate per la diagnosi di Binge Eating.

**Il PDM-2 (Manuale Diagnostico Psicodinamico)**, partendo dalle tassonomie già note (DSM e ICD), considera anche **l'esperienza soggettiva** associata ai vari disturbi mentali, in termini di:
**-** stati affettivi
**-** pattern cognitivi
**-** stati somatici
**-** pattern relazionali

Come ad esempio:
- Sentirsi affamati di cure e affetto, desiderosi protezione e accudimento
- Sentimenti di fallimento, vulnerabilità, colpa e vergogna
- Sentimento di vuoto o di perdita di controllo
- Preoccupazione di essere svalutati o incompetenti insieme a strategie di coping e difese attuate per gestire queste fantasie
- Confusione e indistinzione tra stati mentali e somatici
- Sentimento di indegnità e inutilità
- Tendenza a compiere acting-out nel momento in cui una relazione si interrompe

Infine, il PDM-2 propone come l'**Esperienza Soggettiva del**

**Terapeuta** possa essere caratterizzata da alcuni vissuti, quali:
- Rabbia, odio
- Disperazione, impotenza
- Commiserazione, dolore

**Principali strumenti psicodiagnostici**
Tra i principali strumenti necessari a formulare una corretta diagnosi troviamo, prima di qualsiasi altro, il colloquio clinico, che si costituisce dell'anamnesi personale e familiare, ovvero l'esplorazione a ritroso della vita del paziente e della sua famiglia.
L'anamnesi personale ripercorre le principali tappe evolutive del paziente e può consentire l'emersione di eventuali eventi traumatici e/o precedenti esordi di disturbi alimentari o altre psicopatologie. L'anamnesi familiare può essere utile per esplorare l'eventuale presenza di disturbi dell'alimentazione o altre psicopatologie in altri membri della famiglia (ad esempio genitori o fratelli/sorelle) oppure eventi significativi della storia familiare, inclusi quelli traumatici.
Per effettuare una diagnosi accurata, inoltre, è necessario indagare l'area della personalità e i suoi tratti predominanti. Per questa indagine, oltre al colloquio clinico, possono essere utilizzati strumenti psicodiagnostici specifici.

Tra gli strumenti d'indagine per i DA, troviamo i seguenti:

**- Eating Disorder Inventory (EDI-3):**
Strumento per la valutazione multidimensionale delle caratteristiche psicologiche rilevanti per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Si compone di 91 item organizzati in 12 scale primarie, di cui 3 definite scale specifiche per i Disturbi Alimentari e 9 scale di caratteristiche psicologiche.

**- Body Uneasiness Test (BUT):**
Test di autosomministrazione per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo, composto da 71 item, con risposta a scelta multipla, e diviso in una parte clinica e una parte in cui sono elencate parti e funzioni del corpo. Il test fornisce un punteggio generale di gravità e cinque punteggi di scala: paura morbosa dell'aumento di peso, preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico, comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo, controllo compulsivo dell'aspetto fisico e

depersonalizzazione.

**- Binge Eating Scale (BES):**
Questionario autosomministrato, composto da 16 item, che permette di valutare le manifestazioni comportamentali, emotive e cognitive in soggetti obesi.

**- Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ)**
È una delle scale più usate a livello internazionale ed è tarata per misurare i tre fattori più importanti per la diagnosi di Binge Eating. Si compone di 51 item e tre diverse scale: restrizione alimentare, disinibizione e suscettibilità alla fame.

Può essere opportuno ricordare che i test, pur rappresentando un valido ausilio diagnostico, non sono sufficienti per effettuare una diagnosi accurata se non accompagnati dalla conoscenza e competenza diagnostica dello psicologo.

**Comorbidità e diagnosi differenziale**
Il processo diagnostico richiede quindi la combinazione di vari strumenti e tecniche, inclusi la raccolta di un'accurata anamnesi, la somministrazione di questionari e test standardizzati, e una valutazione clinica completa da parte di un professionista con esperienza.
Per una diagnosi accurata, è necessaria una competenza diagnostica differenziale, ovvero il distinguere un disturbo da altre condizioni che potrebbero avere sintomi simili. Ad esempio, nei disturbi alimentari, una diagnosi differenziale può orientare l'equipe clinica a distinguere tra le diverse categorie di disturbi alimentari, ma anche tra altre condizioni mediche o psichiatriche che possono influenzare il comportamento alimentare o il peso (ad esempio, la depressione, o l'iper o ipotiroidismo). Alcune diagnosi possono non escludersi tra loro.
Nei DA è difatti frequente che più aspetti clinici, psicopatologici e fisici, possano essere compresenti nel quadro diagnostico di un singolo soggetto.
I disturbi alimentari sono spesso associati ad altre condizioni psichiatriche, come la depressione, l'ansia, i disturbi ossessivo-compulsivi, il disturbo post-traumatico da stress, e problemi di abuso di sostanze.
Per la diagnosi differenziale, possono inoltre rendersi indispensabili test di laboratorio, esami fisici o di immagini, e/o

consultazioni con altri professionisti medici o della salute mentale. Nel caso dei disturbi alimentari, ad esempio, possono essere necessari test di laboratorio per escludere condizioni biologiche che possono influenzare il peso o il comportamento alimentare (ad es: disfunzioni tiroidee, diabete, malattie gastrointestinali, ecc).
Per concludere, la valutazione delle comorbidità è una componente fondamentale del processo diagnostico dei DA e per la formulazione di un piano di trattamento completo ed efficace.

## 4. IL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DEI DA

**Il ruolo dello psicologo.**
Lo psicologo ha un ruolo rilevante nell'approccio multidisciplinare, per la diagnosi e la presa in carico di un paziente con disturbi alimentari. È essenziale però che lo psicologo lavori in sinergia con altre figure professionali di ambito sanitario.

La figura dello psicologo nel percorso di diagnosi e cura di DA può avere i seguenti obiettivi:
- Effettuare una corretta diagnosi, individuando l'eventuale disturbo alimentare ed il suo livello di gravità ed eventuali comorbilità psicopatologiche;
- Costituire una buona relazione con il paziente, affinché egli sia collaborativo e responsabilizzato circa il trattamento;
- Affrontare il disagio psichico ed emotivo sottostante la sintomatologia alimentare;
- Consentire al contempo al paziente di parlare della propria sintomatologia ed individuare, laddove utili, strategie di gestione della stessa;
- Individuare eventuali dinamiche interpersonali (in particolare familiari) sottostanti l'insorgenza del disturbo alimentare ed il suo mantenimento;
- Coinvolgere i familiari nel lavoro psicologico, in particolare se si tratta di pazienti minori o giovani adulti;
- Individuare il livello di assistenza più adeguato al paziente;
- Organizzare e condurre gruppi di supporto e di sostegno

per pazienti e familiari.

**In cosa consiste la multidisciplinarietà?**
Un'équipe multidisciplinare si differenzia in base al livello di assistenza in cui essa opera (ambulatorio, centro diurno, struttura residenziale, reparto ospedaliero). Nel trattamento dei DA, generalmente, è formata da:

- psicologi
- psicoterapeuti
- nutrizionisti o dietisti
- medici psichiatri e neuropsichiatri
- altri medici specialisti
- pedagogisti
- assistenti sociali
- altri operatori sociosanitari

L'équipe minima, nel trattamento ambulatoriale, dovrebbe essere composta almeno da: psicologo psicoterapeuta, nutrizionista o dietista, medico psichiatra.

I membri dell'equipe lavorano in sinergia, integrando le rispettive competenze. La domanda di ogni individuo viene accolta nella sua specificità attraverso percorsi clinici personalizzati e valutati caso per caso.
Il lavoro prevede una sistematica integrazione dei percorsi clinici che il paziente svolge con i diversi professionisti. In particolare, il perno del trattamento multidisciplinare è l'attività di intervisione tra i professionisti coinvolti. Questa può avere una cadenza variabile a seconda del contesto clinico e del livello di cura, ma può essere opportuno che si svolga almeno settimanalmente.
L'altro dispositivo, utile a garantire una buona tenuta dell'équipe curante, è la supervisione da parte di un professionista esterno. La supervisione per essere efficace dovrebbe essere garantita almeno mensilmente.

**L'équipe multidisciplinare.**

**- Psicoterapeuta: trattamento psicoterapeutico**
Ad oggi, nella cura dei DA vi sono evidenze di efficacia per trattamenti psicoterapici di tipo: **familiare, cognitivo-comportamentale, psicodinamico.**
Le più recenti ricerche sembrano evidenziare che nessun

modello terapeutico si sia rivelato significativamente più efficace rispetto all'altro, mentre sembrano maggiormente incidere positivamente nella prognosi altre variabili: dall'esperienza del terapeuta, al contesto di riferimento alla presa in carico tempestiva e interdisciplinare.
Altri approcci psicoterapeutici spesso utilizzati ed in via di sperimentazione, (ad es.: terapia dello specchio, EMDR, etc.) potrebbero rivelarsi altrettanto efficaci, sebbene quelli menzionati siano allo stato attuale i maggiormente studiati nel trattamento di questi disturbi.

Lo psicoterapeuta, quindi, può lavorare con i pazienti seguendo il proprio modello teorico di riferimento, sempre però integrando il proprio operato in un'équipe multidisciplinare.

È altresì indispensabile che l'intervento terapeutico sia quanto più tempestivo possibile, per garantire una buona prognosi. Più a lungo la sintomatologia alimentare persiste, maggiormente i suoi effetti possono rendersi pericolosi per la salute fisica e psicologica dei pazienti.

Non è possibile stimare con precisione la durata di un percorso di cura, che può dipendere da molteplici fattori tra cui:
- tempestività della diagnosi
- tempestività della presa in carico
- adeguatezza della cura
- gravità dei sintomi
- presenza di comorbidità
- età di insorgenza e durata del sintomo
- presenza di fattori di mantenimento del sintomo
- variabili del sistema familiare

Il trattamento, nei casi più gravi, può non sempre portare a risultati apprezzabili, essere anche particolarmente lungo, non lineare rispetto al livello di trattamento necessario, e contemplare anche la presenza di ricadute.
La guarigione da un DA, in tutti i casi, oltre alla risoluzione sintomatica e all'abbandono di pensieri e comportamenti disfunzionali riguardo il corpo e il cibo, implica soprattutto il superamento delle difficoltà e dei sintomi di natura psicologica.

Le condizioni fisiche del paziente con DA non sempre consentono un trattamento psicoterapico e quindi di cura del disturbo. In questi casi il primo obiettivo dell'equipe è sempre quello di stabilizzare o migliorare il quadro organico del paziente. È quindi sempre raccomandato, nei casi di instabilità biologica o fisica l'invio al livello di assistenza più adeguato (emergenza, ospedale, medico, etc.) sino alla stabilizzazione del quadro biologico e fisico e alla successiva ripresa della psicoterapia.

- **Medico o biologo nutrizionista o dietista: riabilitazione nutrizionale**

La figura del medico o biologo nutrizionista o dietista, ha il compito di supportare e guidare il percorso di riabilitazione nutrizionale del paziente.
Nel caso in cui il paziente si trovi in condizioni di sottopeso, o di sovrappeso, con complicanze, il primo obiettivo è quello di affrontare la restrizione o l'eccesso calorico, nell'intento di migliorare le condizioni fisiche e consentire l'avvio di una terapia psicologica.

Obiettivi a lungo termine possono essere:
- Affrontare la restrizione dietetica calorica e il forte squilibrio di peso;
- Affrontare la restrizione dietetica cognitiva;
- Affrontare le condotte compensatorie, qualora presenti;
- Ridurre gli episodi di abbuffata;
- Correggere le complicanze fisiche della malnutrizione per difetto;
- Ripristinare le normali percezioni di fame e sazietà;
- Normalizzare il comportamento alimentare.

**- Medico psichiatra: intervento farmacologico**

In un'équipe multidisciplinare così configurata, l'intervento psichiatrico consiste prevalentemente nella valutazione e prescrizione, laddove necessaria e utile, di una terapia farmacologica. Lo specialista potrà somministrare la terapia farmacologica soprattutto tenendo in conto l'eventuale comorbidità psicopatologica.
Allo stato attuale non vi sono evidenze per trattamenti farmacologici specifici per i DA, per questo motivo il medico interviene soprattutto sui sintomi che possono essere ad essi associati: stati depressivi, ansia, insonnia, irrequietezza, etc.

Il trattamento farmacologico dei disturbi dell'alimentazione non è considerato di elezione, ma di supporto al lavoro psicoterapeutico, nutrizionale e psicoeducativo.

**- Eventuali altri professionisti coinvolti**
In équipe multidisciplinare possono essere incluse in modo variabile, in base al livello di intensità di cura, anche le seguenti figure professionali:
- Professionisti di area medica: neuropsichiatri infantili, internisti, gastroenterologi, pediatri, endocrinologi, ginecologi;
- Infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti.

**Trattamento multidisciplinare nei livelli di assistenza e intervento dello psicologo.**
La tempestività della diagnosi di DA e l'adeguatezza del trattamento, possono incidere in modo significativo sulla prognosi. Per questo è indispensabile che sin dalle prime fasi di valutazione, si individui il livello di assistenza più adeguato a ogni fase di trattamento. Nel corso della cura, detta valutazione dovrà essere ripetuta al fine di apportare eventuali variazioni al piano terapeutico. Il piano terapeutico, infatti, deve essere volta per volta rivalutato in funzione dello stato psicofisico del paziente e adeguato alla situazione attuale.

Come sinora è risultato evidente, i livelli di assistenza non necessariamente seguono una successione lineare. Un paziente può, infatti, e a titolo meramente esemplificativo, essere intercettato e diagnosticato in emergenza, accedere successivamente al trattamento ambulatoriale, così come in altri casi, durante il trattamento ambulatoriale può rendersi utile il ricovero ospedaliero o in comunità.

**Di seguito i cinque livelli di assistenza per i DA:**

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

I medici possono intercettare i primi sintomi in persone che soffrono di DA. Nella maggior parte dei casi i pazienti non hanno ancora una domanda di cura che contempli l'intervento dello psicologo o dello psicoterapeuta. L'attiva collaborazione tra medici e psicologi esperti consente di intercettare possibili segni e sintomi di un DA e favorire l'invio del paziente ad una

valutazione psicologica.
Il medico e il pediatra hanno la responsabilità di assistere il paziente in tutto il percorso di cura.

**Riconoscimento dell'invalidità per DA**
L'avvio della procedura per l'ottenimento delle tutele di Legge al fine del riconoscimento dell'invalidità per DA è compito del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.
Anoressia e bulimia, in grado crescente a seconda del livello di gravità, difatti, rientrano tra i disturbi psicologici (tabella INPS) per i quali è previsto il **riconoscimento dell'invalidità civile ex L.104/92.**
Ciò può tradursi seconda dei casi in:
- esenzione dal ticket sanitario
- inclusione nelle liste speciali del collocamento obbligatorio
- assegno di accompagnamento da parte dell'INPS

2. Unità ambulatoriale specialistica

I DA sono trattati prevalentemente in ambulatorio. Questo, infatti, costituisce il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica e può svolgere anche la funzione di filtro per gli altri livelli di assistenza.

3. Unità ambulatoriale intensiva o semiresidenziale (centri diurni/day hospital)

Il centro diurno, in aggiunta agli ambulatori per la psicoterapia e le visite mediche, deve avere la struttura e l'organizzazione adatta per i pasti assistiti e per consentire lo svolgimento di attività supportive, di sostegno e terapeutiche diurne. In questo contesto, l'equipe multidisciplinare deve essere composta anche da infermieri e educatori.

4. Riabilitazione intensiva residenziale

La riabilitazione intensiva va eseguita in un reparto o struttura residenziale (es. comunità terapeutica) specializzata nella cura dei disturbi dell'alimentazione, che possa farsi carico in maniera integrata di riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. Il reparto, o struttura residenziale, può avere un'équipe multidisciplinare costituita da operatori diversificati: psichiatri, psicologi, psicoterapeuti individuali e di gruppo, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica,

infermieri e operatori sociosanitari. Elementi fondamentali per il trattamento in una struttura di questo tipo sono: lo sviluppo di una buona relazione terapeutica con l'intera équipe, la responsabilizzazione del paziente nel processo riabilitativo, il coinvolgimento della famiglia nella cura – in particolar modo per i minori – e un orientamento al paziente e ai familiari da parte dell'équipe presente in struttura verso i possibili percorsi di cura nei livelli di trattamento successivi alla dimissione.

5. Ricoveri ordinari e di emergenza

Le unità di ricovero ordinario integrate e dedicate al trattamento ospedaliero dei DA sono molto poche. I ricoveri, pertanto, possono avere sede in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e/o della grave malnutrizione per difetto, o in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario e della comorbidità psichiatrica. La scelta del reparto più adeguato dovrebbe avvenire in funzione della priorità di trattamento (organica o psichiatrica), anche se viene spesso effettuata sulla base della disponibilità di strutture adeguate. In diversi casi, in reparto non è presente personale adeguatamente formato nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Per questi motivi, il ricovero di pazienti con disturbi alimentari nei reparti ospedalieri, internistici o psichiatrici, dovrebbe essere limitato a casi di estrema gravità e per il tempo necessario alla ripresa della possibilità di proseguire il percorso di cura.

**Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)**
In alcuni casi estremamente gravi, quando le condizioni fisiche e psicologiche diventano estremamente complicate, dopo il fallimento di ogni altro livello di assistenza, e quando persiste del tutto la volontà del soggetto di collaborare alla cura, potrebbe rendersi necessario un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Va detto che, sebbene i trattamenti obbligatori nel breve termine possano contribuire a salvare il paziente da morte imminente, non vi sono evidenze circa l'efficacia nel medio periodo di tale trattamento nel ridurre il tasso di mortalità per DA. Il ricorso a trattamenti obbligatori, in ogni caso, deve essere valutato attentamente come ultima opzione per i sanitari, in quanto potrebbe portare a reazioni gravi e imprevedibili da parte del paziente.

# 5. LA FAMIGLIA E I DA

La famiglia è sempre stata al centro delle considerazioni nell'ambito dei disturbi alimentari, sia come potenziale fattore di rischio che come alleato fondamentale nel percorso di cura. Storicamente, c'è stata una tendenza a vedere la famiglia, e in particolare alcune dinamiche familiari specifiche, come un luogo di patogenesi per i DA. Sebbene ci possano effettivamente essere dinamiche familiari che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi alimentari, è essenziale evitare una visione riduttiva e colpevolizzante dei genitori e degli altri membri della famiglia.

Negli ultimi anni, c'è stata una crescente consapevolezza del fatto che la famiglia può e dovrebbe svolgere un ruolo chiave nella cura e nel supporto di chi soffre di disturbi alimentari. Essa può fungere da sistema di supporto per il paziente, offrendo comprensione, amore e sostegno concreto durante il percorso terapeutico.

**Il ruolo dello psicologo nel lavoro con i familiari**

Lo psicologo ha un ruolo cruciale nell'orientare il coinvolgimento familiare. È fondamentale considerare il disagio e la sofferenza che i genitori e altri membri della famiglia possono vivere di fronte alla malattia di un congiunto. Essi possono sentirsi impotenti, confusi o persino colpevoli. Per questo, è essenziale offrire loro uno spazio di ascolto e comprensione, fornendo al contempo informazioni chiare sul disturbo, suggerimenti sulle modalità di approccio, comunicazione e supporto verso il familiare affetto e, se necessario, indirizzandoli verso un percorso terapeutico individuale o di gruppo.
In particolare, nel caso di **pazienti minori o adolescenti**, laddove possibile, è ritenuto indispensabile il coinvolgimento attivo dei familiari nella cura.

Incorporando la famiglia nel processo terapeutico, si può creare un ambiente di sostegno e comprensione che può notevolmente migliorare le prospettive di recupero del paziente. Pertanto, prendere in carico la famiglia non solo

come possibile fonte di problematiche, ma soprattutto come **risorsa** preziosa nel percorso di cura, rappresenta una prassi moderna e consigliata nell'approccio ai DA.

Una delle sfide per lo psicologo è aiutare i familiari a comprendere il loro ruolo nel percorso di guarigione, senza cadere nella trappola di diventare "curanti" del/della proprio figlio/a. È un fatto noto che, anche se mossi da buone intenzioni, i familiari possono a volte, inconsapevolmente, mettere in scena copioni di relazione disfunzionali, contribuendo al mantenimento del sintomo. Offrire loro strumenti e informazioni per sostenere il proprio caro senza alimentare involontariamente il disturbo diventa, quindi, fondamentale.

**Terapie familiari e trattamento della famiglia**
Le terapie familiari si sono affermate come uno strumento decisivo nel trattamento dei DA. In particolare, le evidenze sottolineano la loro efficacia specialmente per i casi di anoressia nella popolazione adolescenziale. Tuttavia, l'importanza della terapia familiare va oltre la semplice risposta al sintomo.

Uno degli aspetti fondamentali dei DA è l'impatto che essi hanno sull'intero nucleo familiare. Un disturbo di questa natura non riguarda soltanto l'individuo affetto, ma provoca risonanze, tensioni e dinamiche all'interno dell'intera famiglia. Questa può sentirsi impotente di fronte alla malattia, vivere sentimenti di colpa, frustrazione o angoscia, senza sapere come reagire o come offrire un supporto adeguato.

La terapia della famiglia può intervenire in questo difficoltoso contesto, con l'obiettivo di affrontare non solo il disturbo in sé e i suoi sintomi, ma anche di offrire un supporto strutturato all'intero nucleo familiare. Attraverso un lavoro congiunto, la famiglia viene aiutata a comprendere meglio la natura del disturbo, a riconoscere e modificare eventuali dinamiche disfunzionali e a creare un ambiente più favorevole alla guarigione. La terapia fornisce anche strumenti e strategie per gestire lo stress, la preoccupazione e le difficoltà che emergono quando un familiare è affetto da un DA.

È essenziale che gli psicologi siano preparati ad affrontare la

sofferenza e il disagio dei familiari, offrendo loro uno spazio per esprimersi, condividere le loro emozioni e ricevere orientamento. Questa attenzione rivolta non solo al paziente, ma anche a chi gli sta attorno, si rivela fondamentale per un approccio terapeutico integrato.

In sintesi, la terapia della famiglia nei DA non solo mira a trattare il sintomo, ma rappresenta anche una modalità terapeutica che prende in carico e sostiene l'intero sistema familiare, permettendo una migliore comprensione, gestione e superamento del disturbo.

## 6. PREVENZIONE

È essenziale adottare misure preventive e promuovere una cultura del benessere in ogni contesto, inclusi ambienti familiari, scolastici, medici, sportivi e mediatici.

**Linguaggio e comunicazione**
Il linguaggio gioca un ruolo cruciale nella prevenzione dei disturbi alimentari. Gli psicologi possono guidare un cambiamento culturale attraverso il discorso, smantellando pregiudizi come "magro = bello" o "grasso = fallimento". Invece, il focus dovrebbe essere sulla salute e il benessere psicofisico. Utilizzare espressioni come "persona affetta da anoressia" piuttosto che "anoressico/a" aiuta a evitare una completa identificazione con la malattia. Si consiglia di evitare discussioni sul cibo, sulle restrizioni alimentari, o sulle forme del corpo durante i pasti e di promuovere invece parole come "salute", "benessere" e "autenticità".

**Diete e abitudini alimentari**
Le diete, soprattutto quando intraprese durante l'adolescenza, emergono come significative variabili d'innesco e possono successivamente contribuire al mantenimento dei disturbi alimentari. Sono particolarmente pericolose le scelte alimentari autonome e non supervisionate, quali diete estreme, restrizioni alimentari, omissione dei pasti, o l'eliminazione di specifici alimenti. Per questi motivi, la prevenzione dei disturbi alimentari non dovrebbe concentrarsi esclusivamente sulla nozione di "alimentazione corretta".

Invece, l'obiettivo principale dovrebbe essere la creazione di un ambiente sicuro e sostenibile che favorisca la crescita, aiuti ad affrontare le paure legate ai cambiamenti, alle performance, al confronto con gli altri e allo stigma sociale, e che promuova l'autorealizzazione dell'individuo.

**Critica e stigma sociale**
Combattere lo stigma associato ai disturbi alimentari è essenziale. L'adozione di linguaggi e immagini che perpetuano false credenze alimenta il senso di colpa e la vergogna, influenzando negativamente il benessere fisico e mentale di chi ne soffre. Occorre evitare commenti o battute legati al peso o all'aspetto fisico, e incentivare una visione orientata alla salute.

**Immagini "perfette"**
Le rappresentazioni idealizzate del corpo contribuiscono a creare aspettative irrealistiche. Promuovere immagini autentiche e rappresentative di corpi reali può contrastare la percezione distorta del sé.

**Sport**
Sebbene la pratica sportiva sia riconosciuta per i suoi numerosi benefici in termini di salute e benessere, è essenziale approcciare con cautela quando si tratta di individui con disturbi alimentari. Per alcune persone affette da questi disturbi, come l'anoressia e la bulimia, l'attività fisica può assumere una connotazione compulsiva, spinta dal desiderio di raggiungere determinati standard corporei. Questo tipo di comportamento, spesso descritto come **iperattività o overtraining**, non solo può aggravare le condizioni fisiche e psicologiche dell'individuo, ma può anche mascherare o confondere i sintomi del disturbo alimentare. Pertanto, è fondamentale che gli psicologi e altri professionisti sanitari siano attenti e informati riguardo alla complessa interazione tra l'attività sportiva e i disturbi alimentari, al fine di fornire un supporto adeguato e una gestione clinica efficace. Inoltre, gli psicologi possono svolgere un ruolo fondamentale nella formazione di trainer e preparatori atletici, sensibilizzandoli sull'importanza di riconoscere i segni dei disturbi alimentari e di agire di conseguenza.

**Segnali da monitorare**

Riconoscere i primi sintomi di un disturbo alimentare è fondamentale per garantire un intervento tempestivo. I segnali di potenziale disagio possono variare, ma comprendono alterazioni delle abitudini alimentari, isolamento sociale, preoccupazioni ossessive legate al peso e comportamenti autolesivi.
È fondamentale che lo psicologo possa lavorare per fornire una guida a familiari, docenti e operatori sportivi, enfatizzando che un singolo segnale non costituisce di per sé una diagnosi definitiva. Tuttavia, l'osservazione congiunta di diversi segnali in vari contesti può essere indicativa di un potenziale disturbo, sottolineando l'importanza di un'ulteriore valutazione e approfondimento svolta da uno specialista.
Ecco alcuni dei segnali da monitorare con particolare attenzione:
- Riduzione significativa dell'assunzione di cibo o della frequenza dei pasti.
- Collegamento tra restrizione calorica e autostima.
- Mangiare molto lentamente o sminuzzare eccessivamente il cibo.
- Evitare o eliminare certi alimenti o gruppi alimentari dalla dieta.
- Adottare regole alimentari o stili dietetici in modo rigido e inflessibile.
- Alzarsi o recarsi in bagno immediatamente dopo aver mangiato.
- Consumare pasti in segreto o in solitudine.
- Discutere frequentemente o in modo ossessivo di peso, corpo e cibo.
- Evitare occasioni sociali legate al cibo.
- Tendere all'isolamento, sia in ambito sociale che familiare.
- Manifestare un'ansia eccessiva legata alla scuola, ai compiti o ad altre attività.
- Aumento dell'attività fisica, spesso in modo ossessivo o eccessivo.
- Dimostrare irritabilità, tristezza, sbalzi d'umore o difficoltà di concentrazione.
- Adottare comportamenti autolesivi o manifestare sintomi fisici come svenimenti.
- Esprimere una paura irrazionale di affogare o di non ingoiare bene.
- Riferire spesso di provare sensazioni di pienezza o gonfiore.

**TABELLA RIASSUNTO**

| | Fattoria di rischio | Fattoria di protezione | Note |
|---|---|---|---|
| **Condotta alimentare** | Dieta restrittiva | Alimentazione equilibrata/regolare | La dieta restrittiva favorisce l'utilizzo di schemi rigidi, il focus su peso e calorie, restrizioni alimentari |
| **Cos'è un DA** | Una questione di volontà/scelta | Un disturbo da curare | Informazioni corrette e fondate. Eliminare il senso di colpa e vergogna perché si è malati |
| **Obiettivi** | Essere magri | Essere in salute | |
| **Linguaggio** | Anoressica/o | Persona che soffre di anoressia | Il soggetto non viene identificato con il disturbo |
| **Stereotipi** | Magro= bello/perfetto | Salute= benessere | Idealizzare un'unica tipologia di bellezza |
| **Immagini** | Ritoccate | Reali | Proporre modelli irrealistici |

# 7. COMPETENZE DELLO PSICOLOGO PER LAVORARE SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione, è auspicabile che lo psicologo possieda alcune competenze specifiche che lo rendano particolarmente attrezzato per gestire queste manifestazioni cliniche. La natura multiforme di questi disturbi suggerisce un approccio che può andare oltre la sola formazione di base.

**Formazione ed esperienza**
Sebbene la formazione di base in psicologia offra gli strumenti fondamentali, una formazione ulteriore e specifica sui disturbi dell'alimentazione può arricchire significativamente le competenze possedute. Finanche per lo psicoterapeuta la sola formazione di base potrebbe rivelarsi non sempre sufficiente ad affrontare questi disturbi, anche in virtù della loro complessità, eterogeneità e frequente tendenza alla fluttuazione sintomatica e alla comorbidità.
Una formazione dedicata, così come l'esperienza clinica in contesti specializzati come cliniche o centri di trattamento per i disturbi alimentari, può fornire uno spunto prezioso e una comprensione profonda delle dinamiche associate ai DA.

**Lavoro di squadra**
Uno degli aspetti più cruciali nel trattamento dei disturbi alimentari è la capacità di lavorare in equipe. Questi disturbi, spesso intersecati con altre problematiche mediche e psicologiche, richiedono un approccio multidisciplinare. Collaborare con nutrizionisti, medici, psichiatri e altri professionisti può assicurare un intervento completo ed efficace.

**Approccio Olistico**
Lo psicologo dovrebbe adottare un approccio che consideri il contesto culturale, sociale e familiare del paziente, essendo questi elementi spesso interconnessi e influenti nel manifestarsi e nel mantenimento dei disturbi alimentari.
**Nota bene:** lo psicologo, seppure specializzato in psicoterapia, non può dichiararsi "psicologo alimentare", "specialista" o

“specializzato” in disturbi della nutrizione e dell’alimentazione, o altre denominazioni simili (D.L. 145/2007, Codice Deontologico artt. 39,40).

## 8. RIFERIMENTI REGIONE CAMPANIA

La rete assistenziale nazionale per il trattamento dei Disturbi Alimentari affronta alcune sfide persistenti. L'analisi attuale evidenzia una distribuzione irregolare dei servizi sul territorio italiano, notando in particolare una carenza di strutture per l'assistenza intensiva e d'emergenza in diverse regioni.

Per quanto riguarda la regione Campania, il sistema sanitario locale ha implementato una **Rete Assistenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare** seguendo le direttive del Piano Regionale per la salute territoriale del 2019. È di rilievo il servizio pubblico operante a **Mariconda (SA)** "Centro per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare", che propone cure ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali. Il centro è accessibile su iniziativa del paziente o dei familiari, così come su riferimento delle Unità Operative di Salute Mentale, dal medico di base o da specialisti.

Attualmente (aggiornamento nov. 2023), la Campania sta adeguando la propria rete assistenziale per i DA al fine di completare l'offerta a tutti i livelli di cura necessari. In questa ottica, si sta costituendo un Tavolo di lavoro regionale per sviluppare Linee Guida regionali specifiche. Inoltre, nel Consiglio regionale si sta discutendo la proposta legislativa: "Disposizioni per la prevenzione e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare". Tale proposta punta a consolidare e potenziare la rete di servizi esistenti, intensificare gli sforzi preventivi contro l'insorgenza dei DA tramite formazione, informazione e sensibilizzazione, e migliorare la raccolta di dati sull'incidenza di questi disturbi.

# 9. RIFERIMENTI NAZIONALI

**Piattaforma per la lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme**
https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/
È on line e consultabile sul sito dell'**Istituto Superiore di Sanità** (ISS) la piattaforma, interattiva frutto del progetto MA.NU.AL. (2019-2022) in cui sono censiti tutti i centri ambulatoriali, residenziali e semi-residenziali appartenenti al servizio sanitario nazionale e al privato accreditato dedicati alla cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Il progetto dell'ISS ha posto per la mappatura dei servizi rigidi standard di qualità, pertanto, al suo interno si troveranno censiti esclusivamente i servizi territoriali che corrispondono ai requisiti richiesti.

**Codice LILLA per le Emergenze**
Molti individui affetti da disturbi dell'alimentazione e della nutrizione non ottengono, purtroppo, una diagnosi adeguata o il supporto terapeutico appropriato. In assenza di altre soluzioni, alcuni possono ricorrere al Pronto Soccorso, anche se potrebbe non sembrare la via più diretta. L'accesso in una situazione di emergenza, però, può rappresentare un'opportunità cruciale per avviare un percorso terapeutico.
In risposta a questa esigenza il Ministero della Salute ha redatto il documento **"Percorso Lilla in pronto soccorso"**. Obiettivo del documento è offrire agli operatori sanitari una guida pratica e strutturata per affrontare situazioni al Pronto Soccorso legate ai disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, specialmente in scenari d'urgenza. Con l'ausilio del "Codice Lilla" e delle raccomandazioni in esso fornite, si mira garantire una risposta tempestiva ed efficace nei confronti di questi pazienti nei momenti più critici.
Si consiglia vivamente agli psicologi di familiarizzare con questo strumento, disponibile sul sito www.salute.gov.it, e di promuovere la sua conoscenza tra gli altri professionisti del settore sanitario.
**Numero Verde SOS disturbi alimentari**
**800.180.969**
**Servizio nazionale anonimo e gratuito**
Questo servizio, operante su base nazionale, garantisce sostegno gratuito e assicura l'anonimato ai suoi utilizzatori. Il

numero è accessibile 24 ore su 24, da lunedì a venerdì.
Il servizio è frutto dell'iniziativa congiunta del Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'USL Umbria 1. Le chiamate sono gestite da professionisti specializzati del Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Palazzo Francisci (Todi) e del Centro per i Disturbi da Alimentazione Incontrollata (DAI) di Città della Pieve.
L'obiettivo principale del Numero Verde è fornire informazioni chiare e assistenza sia a chi è direttamente interessato da questi disturbi sia ai familiari. Oltre ad aiutare nella comprensione della malattia, il servizio mira a incentivare l'avvio di un percorso terapeutico, informando sulle opzioni disponibili.

## 10. CONCLUSIONI

I disturbi alimentari presentano sfide cliniche che necessitano di competenze approfondite e di una formazione mirata. Le presenti linee guida, nella consapevolezza di non voler essere esaustive, intendono offrire agli psicologi un quadro chiaro e conciso per riconoscere, comprendere e affrontare tali situazioni.
Desideriamo rimarcare l'essenzialità della formazione continua e dell'accumulo di esperienza sul campo, nonché dell'integrazione di un approccio multidisciplinare nel trattamento di questi disturbi. Ogni paziente è unico, e l'approccio terapeutico deve essere modulato sulle sue specifiche esigenze.
Se uno psicologo non si sentisse sufficientemente preparato o sicuro nell'affrontare queste sfide cliniche, è sempre consigliabile rivolgersi o indirizzare il paziente verso strutture specializzate o colleghi con maggiore esperienza in questo ambito.

Ordine Psicologi
Regione Campania

**Bibliografia**


American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Archives of General Psychiatry, 68(7), 724-731.

Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. Eating Disorders, 15(4), 285-304.

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (1998, 2023), Codice deontologico degli Psicologi Italiani.

Dalla Ragione L. et al. (2021-2022). I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta. Ministero della Salute.

European Academy for Eating Disorders - AED Chapter (2020). Minimum Standards of Care - Cross-Cultural Action Guidelines for Eating Disorders.

Lingiardi V., McWilliams N. (a cura), PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico, Cortina, Milano 2018.

Milano W, Cotugno A., Dalle Grave R. et al. Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa. Riv. Psichiatr. 52 (5):180-188.

Ministero della Salute (2013). Quaderno della Salute n. 17/22, Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione.

Ministero della Salute (2017). Quaderno della Salute n. 29, Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione.

Ministero della Salute (2020, rev.). Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Percorso "Lilla" in pronto soccorso.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 128(5), 825-848.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. Journal of Eating Disorders, 1(1), 13.

Zipfel S. et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomized controlled trial. The Lancet. 2014 Jan 11; 383(9912):127-137

Zipfel S. et al. (2022). Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimized treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomized controlled trial in Germany. Lancet Psychiatry 2022; 9:280-90