UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze
Direttore: Ch.mo Prof. Stellini Edoardo

Clinica Psichiatrica
Direttrice: Ch.ma Prof.ssa Angela Favaro

TESI DI LAUREA

L'EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NEL PERIODO POST COVID-19

Relatrice: Ch.ma Prof.ssa Angela Favaro

Laureanda: Chiara Brutti

Anno Accademico 2024-2025

INDICE

RIASSUNTO.....5

ABSTRACT.....7

1. INTRODUZIONE.....9

CAPITOLO 1 - Generalità sui disturbi dell'alimentazione.....10

1.1 Epidemiologia.....10

1.1.1 Anoressia nervosa.....10

1.1.2 Bulimia nervosa.....11

1.1.3 Disturbo da binge-eating.....12

1.2 Aspetti clinici e diagnostici.....13

1.2.1 Anoressia nervosa.....13

1.2.2 Bulimia nervosa.....15

1.2.3 Disturbo da binge-eating.....17

1.2.4 Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione secondo il DMS-5.....19

1.3 Complicanze.....22

1.4 Eziopatogenesi.....24

1.4.1 Fattori di rischio generali.....24

1.4.2 Fattori di rischio individuali.....25

1.5 Trattamento.....27

CAPITOLO 2 – COVID-19 e disagio giovanile.....31

2.1 Impatto della pandemia sulla popolazione.....31

2.1.2 Impatto della pandemia sui giovani.....32

2.2 Eziologia del disagio giovanile conseguente alla pandemia da COVID-19.....34

2.2.1 Isolamento sociale.....34

2.2.2 Influenza dei social media.....35

2.2.3 Utilizzo della didattica a distanza.....36

CAPITOLO 3 – COVID-19 e disturbi dell'alimentazione.....37

3.1 Epidemiologia dei disturbi dell'alimentazione con l'avvento del COVID-19.....37

3.2 Trend di ricovero per disturbi dell'alimentazione nel periodo pandemico 40

3.3 Alterazioni della sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione.....41

3.4 Ruolo della telemedicina nella gestione dei disturbi dell'alimentazione 43

2. SCOPI DELLO STUDIO 45

3. METODI 46

3.1 Acquisizione dei dati.....46

3.2 Analisi statistica.....46

4. RISULTATI 48

4.1 Ricoveri e urgenze 48

4.2 Attività ambulatoriale e in Day Hospital 57

5. DISCUSSIONE 63

6. CONCLUSIONI 67

BIBLIOGRAFIA..... 68

RIASSUNTO

Introduzione. La pandemia di COVID-19 ha comportato la messa in atto di misure drastiche per il suo contenimento, che hanno coinvolto tutta la popolazione. Queste restrizioni hanno determinato uno stravolgimento della vita e delle abitudini quotidiane, e hanno avuto conseguenze sulla salute mentale di molti ed in particolare degli individui più vulnerabili, come ad esempio coloro che soffrono di un disturbo dell'alimentazione. Diversi studi condotti in vari Paesi hanno descritto un aumento dei pazienti affetti da un disturbo dell'alimentazione nel periodo post-pandemico ed un aumento drastico del numero di ricoveri.

Scopi dello studio. Questo lavoro, condotto presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova, ha l'intento di descrivere il numero di pazienti con anoressia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione che hanno preso contatto con gli ambulatori, i reparti e il pronto soccorso dell'ospedale nel periodo pre-pandemico, pandemico e post-pandemico.

Metodi. Lo studio è stato condotto analizzando tutte le diagnosi di anoressia nervosa nel sesso femminile, registrate in qualsiasi setting dell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova nel periodo 2015-2024. I dati sono stati raccolti e analizzati grazie alla collaborazione della Direzione Medica dell'Azienda che, tramite l'Ufficio Controllo Gestione, ha messo i dati a disposizione. Per la valutazione statistica dell'andamento temporale dei ricoveri, è stato usato il risk-ratio con intervallo di confidenza al 95%.

Risultati. Le analisi statistiche hanno evidenziato la presenza di differenze significative nel numero e nell'entità dei ricoveri per disturbi dell'alimentazione, tra il periodo pre-pandemico, pandemico e post-pandemico. Difatti, il numero di ricoveri cresce moderatamente dal 2015 al 2020; nel 2021 raggiunge un picco mentre dopo il 2021 i valori calano, senza tornare però ai risultati pre-pandemici. Inoltre, si evidenzia una

continua diminuzione nel tempo, dell'età di insorgenza dei disturbi dell'alimentazione.

Conclusioni. Dai risultati del presente studio si può concludere che, anche nella nostra Regione, la pandemia di COVID-19 e le conseguenti misure restrittive, hanno causato un aumento significativo del numero di ricoveri e dei giorni di ricovero per pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. La precocizzazione dell'età di esordio era un fenomeno già in atto in epoca pre-pandemica, ma ulteriori studi sono necessari per capire se la pandemia ha avuto un ruolo nell'accelerare questo fenomeno.

ABSTRACT

Introduction. The COVID-19 pandemic led to the implementation of drastic measures for containment, affecting the entire population. These restrictions caused a disruption in daily life and routines, with consequences on the mental health of many individuals, particularly those who are more vulnerable, such as people suffering from eating disorders. Several studies conducted in various countries have reported an increase in patients with eating disorders in the post-pandemic period, as well as a drastic rise in the number of hospital admissions.

Study Objectives. This study, conducted at the University Hospital of Padua, aims to describe the number of patients with anorexia nervosa and other eating disorders who accessed the outpatient clinics, wards, and emergency department of the hospital in the pre-pandemic, pandemic, and post-pandemic periods.

Methods. The study was carried out by analyzing all diagnoses of anorexia nervosa in females recorded in any setting of the University Hospital of Padua between 2015 and 2024. The data were collected and analyzed with the collaboration of the Medical Directorate of the Hospital, which provided the data through the Control Management Office. For the statistical evaluation of the temporal trend of hospital admissions, the risk-ratio with a 95% confidence interval was used.

Results. Statistical analyses showed significant differences in the number and extent of hospitalizations for eating disorders between the pre-pandemic, pandemic, and post-pandemic periods. Specifically, the number of admissions increased moderately from 2015 to 2020; in 2021, it reached a peak, and after 2021, the numbers decreased, though they did not return to pre-pandemic levels. Furthermore, there was a consistent decrease over time in the age of onset of eating disorders.

Conclusions. The results of this study suggest that, even in our region, the

COVID-19 pandemic and the subsequent restrictive measures led to a significant increase in the number of hospitalizations and the length of stay for patients with eating disorders. The earlier onset of eating disorders was already a phenomenon occurring before the pandemic, but further studies are needed to understand whether the pandemic played a role in accelerating this trend.

1. INTRODUZIONE

Il 31 dicembre 2019, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riceveva una segnalazione riguardante un cluster di casi di polmonite di eziologia sconosciuta nella città di Wuhan, situata nella provincia cinese di Hubei.

Il 10 gennaio 2020, i ricercatori cinesi riuscivano a sequenziare il genoma dell'agente patogeno, identificandolo come un nuovo coronavirus, successivamente denominato SARS-CoV-2, e la patologia associata come COVID-19.

Il 23 gennaio 2020, Wuhan veniva sottoposta al primo lockdown di massa documentato nella storia, con la provincia di Hubei che, con i suoi 60 milioni di abitanti, veniva isolata mediante un rigido confinamento. Le immagini provenienti dalla zona di epidemia risultavano surreali e, sebbene la portata di tali misure fosse difficile da concepire, meno di due mesi dopo, anche in Italia veniva implementato un lockdown nazionale, a partire dall'8 marzo 2020.

L'11 marzo 2020, l'OMS dichiarava ufficialmente lo stato di pandemia a causa della diffusione globale del SARS-CoV-2. Le misure di contenimento comportavano la sospensione delle attività scolastiche e della maggior parte delle attività produttive, nonché la chiusura di ristoranti, negozi, cinema, parchi e altri luoghi pubblici al fine di limitare il contagio. L'impatto della pandemia di COVID-19 e delle relative misure di restrizione ha avuto un forte effetto stressogeno sulla popolazione mondiale, con significative conseguenze sul benessere fisico e psicologico degli individui. (Holmes et al., 2020)

In particolare, i soggetti con vulnerabilità preesistenti, come quelli affetti da disturbi dell'alimentazione (DCA), hanno dovuto affrontare la loro condizione in un contesto sanitario e sociale inedito. I cambiamenti nelle routine quotidiane, l'isolamento sociale, la modifica nell'accesso e nelle abitudini dell'alimentazione, l'aumento nell'utilizzo delle piattaforme

digitali e la difficoltà nell'accesso a percorsi di supporto psicoterapeutico hanno avuto un impatto psicologico negativo, aggravando i disturbi già esistenti.

CAPITOLO 1 – Generalità sui disturbi dell'alimentazione

I disturbi dell'alimentazione (DCA) sono un gruppo di patologie caratterizzate da un rapporto disfunzionale e patologico con il cibo.
Essi determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. (Dalle Grave, 2017)

L'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, conosciuto come DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), riconosce tre principali disturbi dell'alimentazione: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge-eating, oltre a un ampio gruppo di altri disturbi dell'alimentazione, che include condizioni che non soddisfano completamente i criteri diagnostici per i disturbi principali ma che presentano caratteristiche significative di alterazioni dell'alimentazione.

1.1 Epidemiologia

1.1.1 Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa fu descritta per la prima volta dal medico inglese Richard Morton nel 1694.

Nel complesso, i disturbi dell'alimentazione colpiscono, nel corso della vita, oltre il 10% della popolazione femminile nei paesi occidentali; circa il 2% della popolazione è affetta da anoressia nervosa (prevalenza lifetime).

La prevalenza a 12 mesi è approssimativamente dell'1%. L'applicazione dei criteri diagnostici del DSM-5 (che non contempla il criterio dell'amenorrea e consente la negazione della "paura di ingrassare", requisito presente nel DSM-4) determina un aumento della prevalenza e dell'incidenza dell'anoressia nervosa. I tassi di incidenza rilevati tramite registri di casi o attraverso la medicina generale tendono a sottostimare i dati, a causa della presenza di numerosi casi non trattati e non diagnosticati. Tra i 12 e i 28 anni di età, l'incidenza supera i 50 casi per anno ogni 100.000 abitanti di sesso femminile, con un'incidenza massima tra i 15 e i 19 anni (superiore a 100 casi/anno). Non sono emerse evidenze di un aumento dell'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi 40 anni.

Negli studi condotti su popolazioni cliniche, il rapporto femmine/maschi è di circa 10:1. Ricerche recenti sulla popolazione generale suggeriscono che l'anoressia nervosa nei maschi potrebbe essere più comune di quanto precedentemente rilevato. È possibile che i pazienti di sesso maschile vengano osservati con minor frequenza nel contesto clinico, a causa di una durata inferiore della malattia e di una maggiore difficoltà nel riconoscimento dei casi. Nei contesti clinici, i pazienti di sesso maschile non presentano differenze sostanziali rispetto alle femmine in termini di età di insorgenza, insoddisfazione corporea, modalità di controllo del peso, caratteristiche cliniche ed evolutive.

Sebbene siano stati descritti casi con esordio in qualsiasi fascia di età, l'anoressia nervosa si manifesta nel 90% dei casi tra i 13 e i 25 anni, con un picco tra i 15 e i 16 anni. (Favaro et al., 2021). Inoltre, si è visto come l'età di esordio dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa stia diminuendo nelle generazioni più giovani. (Favaro et al., 2009)

1.1.2 Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è un disturbo che è emerso all'inizio degli anni Settanta ed è stato descritto per la prima volta negli studi sulla "bulimaressia" condotti tra gli studenti universitari americani.

La prevalenza della bulimia nervosa risulta superiore a quella

dell'anoressia nervosa, con una prevalenza lifetime che varia tra il 3% e il 4%, e una prevalenza nei 12 mesi compresa tra l'1% e il 2%. I tassi di incidenza rilevati tramite registri di casi o la medicina generale risultano poco attendibili, poiché la bulimia nervosa è spesso mal riconosciuta dai medici di base e raramente richiede ricovero ospedaliero. Inoltre, si stima che solo una piccola percentuale di individui affetti da questo disturbo richieda effettivamente assistenza. Le stime di incidenza riportate nei vari studi sono simili a quelle per l'anoressia nervosa, ma non vi è accordo sugli intervalli di età di massima incidenza, con alcune ricerche che evidenziano il periodo tra i 15 e i 19 anni, mentre altre riportano un picco tra i 20 e i 24 anni. Gli studi condotti in diversi paesi sembrano inoltre suggerire una riduzione dell'incidenza della bulimia nervosa negli ultimi anni.

Negli studi su popolazioni cliniche, il rapporto femmine/maschi è di circa 10:1. L'età di insorgenza della bulimia nervosa sembra essere in diminuzione. Mediamente, l'esordio si verifica 1-2 anni dopo quello dell'anoressia nervosa, con la maggior parte dei casi che si manifesta tra i 16 e i 30 anni, con un picco tra i 17 e i 18 anni. (Favaro et al., 2021)

1.1.3 Disturbo da binge-eating

La prevalenza e l'incidenza del disturbo da binge-eating nella popolazione generale non sono completamente definite. Negli Stati Uniti, viene considerato il disturbo dell’alimentazione più comune, con una prevalenza che varia tra il 2% e il 4%, mentre in Europa e in Italia i dati disponibili suggeriscono una prevalenza inferiore. Si stima che circa la metà delle persone affette da questo disturbo sia obesa, con una correlazione tra la gravità dell'obesità e la frequenza del disturbo (maggiore incidenza nei casi di obesità grave). Inoltre, gli individui con disturbo da binge-eating tendono a presentare un’insorgenza dell'obesità in età più precoce.

Circa un terzo dei soggetti affetti da questo disturbo è di sesso maschile. L'esordio del disturbo si verifica in un intervallo di età molto più ampio rispetto agli altri disturbi dell’alimentazione, con casi che possono

manifestarsi anche in età infantile o nella terza età, sebbene l'età media di esordio si collochi tra i 25 e i 30 anni. (Favaro et al., 2021)

1.2 Aspetti clinici e diagnostici

1.2.1 Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa, nei casi tipici, esordisce durante l'adolescenza, con una significativa perdita di peso e il raggiungimento di un valore corporeo estremamente basso. La perdita di peso è perseguita in modo attivo attraverso una dieta rigorosa, caratterizzata da un apporto calorico estremamente ridotto. Alcuni individui praticano attività fisica eccessiva e compulsiva per accelerare il dimagrimento, mentre altri ricorrono al vomito autoindotto o all'uso improprio di lassativi e diuretici come forme di controllo del peso non salutari.

In alcuni adolescenti, il disturbo ha una durata limitata e può risolversi spontaneamente o con trattamenti brevi, ma frequentemente persiste, richiedendo interventi specialistici complessi. Lo sviluppo di comportamenti bulimici è comune, con circa la metà dei casi che evolve verso una diagnosi di bulimia nervosa. I sintomi comuni, che peggiorano con la perdita di peso e spesso si manifestano con la normalizzazione del peso, includono depressione, difficoltà di concentrazione, perdita dell'interesse sessuale, ossessività e isolamento sociale. In generale, il 10-20% delle persone con anoressia nervosa sviluppa una condizione cronica che persiste per tutta la vita. In questi casi, si verificano danni significativi al funzionamento interpersonale e alle carriere scolastiche o professionali. Il tasso di mortalità grezzo è intorno al 5%, a causa delle complicanze legate alla malnutrizione o al suicidio. (Dalle Grave, 2017)

La diagnosi di anoressia nervosa, secondo il DSM-5, si basa sulla presenza di tutte e tre le seguenti caratteristiche:

1. Sottopeso: Le persone affette da anoressia nervosa, per definizione,

devono essere sottopeso, con un indice di massa corporea (IMC) inferiore a 18,5 o un peso inferiore a quello atteso in caso di adolescenti o bambine. Il sottopeso deve derivare da una restrizione calorica rispetto ai fabbisogni energetici.

2. Paura di ingrassare: Un altro tratto distintivo dell'anoressia nervosa è la paura intensa di aumentare di peso o di diventare grassi, anche in presenza di un sottopeso evidente. Nonostante il peso corporeo già ridotto, chi soffre di questo disturbo è terrorizzato dall'idea di ingrassare e teme che il suo peso aumenterà incontrollabilmente se dovesse iniziare a nutrirsi normalmente.

3. Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo: Le persone con anoressia nervosa possono avere una percezione corretta delle proprie dimensioni corporee, ma le giudicano in modo distorto. Sono insoddisfatte del proprio peso e della propria forma fisica, in particolare giudicano alcune parti del corpo (come seno, addome, fianchi e gambe) troppo grosse. La valutazione del sé si basa principalmente sul peso corporeo, con un aumento del peso che induce frustrazione e autosvalutazione, mentre una perdita di peso che aumenta il senso di autocontrollo, fiducia e autostima. In alcuni casi di anoressia nervosa di lunga durata, il desiderio di magrezza e la soddisfazione per il sottopeso si affievoliscono, ma anche se l'individuo riconosce razionalmente la necessità di aumentare di peso, non mette in atto comportamenti volti a raggiungere tale obiettivo. Nelle persone più giovani, spesso è presente un rifiuto ad ammettere la gravità della condizione di sottopeso.

Nelle donne l'amenorrea, ovvero la mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi, non è un requisito indispensabile per la diagnosi di anoressia nervosa, ma rappresenta un sintomo che deve far sospettare un disturbo dell’alimentazione, in particolare in adolescenti o giovani donne che limitano l'assunzione di cibo.

Negli uomini poi, la perdita di interesse sessuale e l'impotenza sono sintomi frequentemente osservati.

1.2.2 Bulimia nervosa

La bulimia nervosa, nei casi tipici, inizia con una dieta estrema e rigida, e circa un quarto delle persone colpite presenta un periodo durante il quale soddisfa i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa. Successivamente, le abbuffate interrompono la restrizione dietetica, portando il peso corporeo a stabilizzarsi generalmente nella norma, o lievemente sopra o sotto la norma. Nella maggior parte dei casi, gli episodi bulimici sono seguiti da comportamenti di compensazione eliminativi, come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e/o di diuretici, o da comportamenti non eliminativi, come l'adozione di una dieta ancora più restrittiva o l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo.
Circa il 23% delle persone con bulimia nervosa ha un decorso protratto. Sebbene il passaggio all'anoressia nervosa sia raro, il 20% dei casi evolve verso altri disturbi dell'alimentazione, come il disturbo da binge-eating. Il tasso grezzo di mortalità per bulimia nervosa varia dallo 0% al 2%. Come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, se persiste nel tempo, causa danni gravi alle relazioni sociali, alla carriera scolastica e lavorativa. (Dalle Grave, 2017)

Diagnosticare la bulimia nervosa può risultare più complesso rispetto all'anoressia nervosa, poiché molte persone credono di essere bulimiche senza esserlo effettivamente. La diagnosi di bulimia nervosa, secondo il DMS-V, si basa sulla presenza di tutte e cinque le seguenti caratteristiche:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate: Un'abbuffata (binge-eating) è definita da due caratteristiche essenziali:
   a. Il consumo di una quantità di cibo significativamente maggiore rispetto a quella che una persona normalmente mangerebbe in un periodo simile.

b. La sensazione di perdita di controllo durante l'atto di mangiare, come il sentirsi incapaci di smettere di mangiare una volta iniziato, o non riuscire a fermarsi nonostante la sensazione di sazietà.

In alcuni casi, soprattutto in disturbi di lunga durata, le abbuffate possono essere pianificate, il che può ridurre il senso di perdita di controllo. L'abbuffata deve verificarsi in un arco di tempo relativamente breve (ad esempio, entro due ore); quindi, mangiare piccoli snack durante il giorno non è considerato un'abbuffata.

2. Comportamenti di compensazione: Le abbuffate devono essere seguite da comportamenti compensatori per evitare l'aumento di peso. Il comportamento compensatorio più comune è il vomito autoindotto, che in alcuni casi può essere praticato anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo, non necessariamente dopo un'abbuffata. Altri comportamenti compensatori includono l'abuso di lassativi per indurre diarrea acquosa, l'uso di diuretici, enteroclismi, o farmaci tiroidei; in alcuni casi, le persone con bulimia nervosa, in particolare quelle diabetiche, potrebbero evitare di assumere l'insulina dopo un'abbuffata. Alcuni individui, invece di ricorrere al vomito o ad altri comportamenti eliminativi, adottano il digiuno o un esercizio fisico eccessivo.

3. Frequenza degli episodi: Per essere diagnosticata la bulimia nervosa, le abbuffate e i comportamenti compensatori devono verificarsi almeno una volta alla settimana per un periodo di tre mesi. Sebbene questo standard sia arbitrario, serve a limitare la diagnosi ai casi di disturbo persistente e ricorrente. La frequenza minima serve anche ad escludere coloro che abbuffano meno frequentemente, poiché è stata riscontrata (seppur in modo controverso) una correlazione tra la frequenza degli episodi e la gravità della psicopatologia.

4. Eccessiva valutazione del peso e della forma corporea: Come le persone con anoressia nervosa, anche chi soffre di bulimia nervosa tende a basare

l'autovalutazione in modo predominante sul proprio peso e forma corporea. Sperimentano un intenso bisogno di seguire diete, sono terrorizzate dall'idea di ingrassare e, se il peso aumenta, si deprimono e fanno di tutto per rimediare, spesso con l'intenzione di dimagrire ulteriormente, motivo che le spinge a cercare un trattamento.

5. Distinzione tra bulimia nervosa e anoressia nervosa: Sebbene i comportamenti della bulimia nervosa possano essere simili a quelli dell'anoressia nervosa, la differenza principale risiede nel peso corporeo. Se una persona presenta abbuffate e vomito, ma ha un indice di massa corporea (IMC) inferiore a 18,5, la diagnosi sarà di anoressia nervosa. Se l'IMC è maggiore o uguale a 18,5, si diagnostica bulimia nervosa.

1.2.3 Disturbo da binge-eating

Il disturbo da binge-eating, pur condividendo con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, presenta alcune differenze distintive:

1. Mancanza di comportamenti compensatori regolari: A differenza della bulimia nervosa, gli episodi di abbuffate nel disturbo da binge-eating non sono seguiti dall'uso di comportamenti compensatori, come il vomito autoindotto. Inoltre, questi episodi avvengono in contesti in cui è presente una tendenza generale al consumo eccessivo di cibo, piuttosto che a una restrizione dietetica. Questa caratteristica spiega la forte associazione con l'obesità.

2. Maggiore frequenza negli uomini: Il disturbo da binge-eating è più comune negli uomini rispetto alla bulimia nervosa, dove la prevalenza è nettamente maggiore nelle donne.

3. Elevato tasso di remissione spontanea: Questo disturbo presenta un alto tasso di remissione spontanea, con circa l'80% dei casi che guariscono entro quattro anni, come evidenziato da studi sulla storia naturale del

disturbo o da trattamenti farmacologici. La migrazione verso l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa è rara. (Dalle Grave, 2017)

Una persona è affetta da disturbo da binge-eating se soddisfa i seguenti criteri diagnostici stabiliti dal DSM-5:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate: Come nella bulimia nervosa, un episodio di abbuffata si definisce dalla presenza di due caratteristiche:
   a. Consumo di una grande quantità di cibo.
   b. Sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad esempio, non riuscire a fermarsi o sentirsi incapaci di smettere di mangiare).

2. Presenza di almeno tre delle seguenti caratteristiche:
   - Mangiare molto più velocemente del normale.
   - Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
   - Mangiare grandi quantità di cibo anche senza fame fisica.
   - Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per la quantità di cibo consumato.
   - Sentirsi disgustati, depressi o colpevoli dopo l'episodio.

3. Marcato disagio riguardo le abbuffate: La persona avverte una sensazione di disagio significativo rispetto ai propri episodi di abbuffate.

4. Frequenza delle abbuffate: Gli episodi di abbuffate devono verificarsi almeno una volta a settimana per un periodo di tre mesi.

5. Assenza di comportamenti compensatori: A differenza della bulimia nervosa, nel disturbo da binge-eating le abbuffate non sono seguite da condotte compensatorie sistematiche inappropriate (ad esempio, vomito, uso di lassativi) e non si verificano esclusivamente in concomitanza con l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa

1.2.4 Altri disturbi della nutrizione e dell’alimentazione secondo il DMS-V

Questa categoria include situazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell’alimentazione sono presenti e causano significativo disagio o danno nelle aree sociali, occupazionali o in altre importanti sfere di vita, ma non soddisfano completamente i criteri per uno dei disturbi dell'alimentazione classificati nel DSM-5. Studi recenti hanno evidenziato che questi disturbi costituiscono circa la metà dei pazienti ambulatoriali o ricoverati per disturbi dell'alimentazione e, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, colpiscono principalmente le adolescenti e le giovani donne.
Gli altri disturbi dell'alimentazione possono essere suddivisi in cinque sottogruppi:

1. Anoressia atipica: In questo caso, sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, ad eccezione del fatto che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso corporeo dell'individuo rimane all'interno dell'intervallo di normalità o è al di sopra di esso.

2. Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata: Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, ma le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate (come il vomito autoindotto) si verificano meno di una volta a settimana e/o per un periodo inferiore a tre mesi.

3. Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata: Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, ma le abbuffate si verificano meno di una volta alla settimana e/o per meno di tre mesi.

4. Disturbi da condotte di eliminazione: In questo sottogruppo sono presenti ricorrenti comportamenti eliminativi (come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) per influenzare il peso o la forma del corpo. Tuttavia, queste condotte non

sono associate a episodi di abbuffate e l'individuo non è sottopeso.

5. Sindrome da alimentazione notturna: Questo disturbo è caratterizzato da ricorrenti episodi di alimentazione notturna, in cui l'individuo mangia dopo essersi svegliato dal sonno o consuma una quantità eccessiva di cibo dopo il pasto serale. La persona ha consapevolezza e ricordo dell'episodio dell'alimentazione. La sindrome non è meglio spiegata da fattori esterni, come un cambiamento nel ciclo sonno-veglia o da norme sociali locali. Questo comportamento provoca significativo disagio e/o compromissione del funzionamento dell'individuo. I pattern di alimentazione disordinata non sono attribuibili al disturbo da binge-eating o ad altri disturbi mentali, incluso l'abuso di sostanze, né a un'altra condizione medica o all'effetto di farmaci. (Dalle Grave, 2017)

Il DSM-5 descrive poi i disturbi della nutrizione, i quali colpiscono prevalentemente, ma non esclusivamente, l'infanzia e includono le seguenti categorie diagnostiche:

1. Pica: per effettuare diagnosi di pica devono essere soddisfatti i seguenti criteri:
    a. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto dell'alimentazione, non commestibili per un periodo di almeno un mese.
    b. L'ingestione di sostanze senza contenuto dell'alimentazione, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
    c. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
    d. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es. disabilità intellettiva, disturbo dello sviluppo intellettivo, disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

2. Disturbo da ruminazione: per la diagnosi sono necessari i seguenti criteri:
    a. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
    b. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es. reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).
    c. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge- eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
    d. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es. disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.
3. Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID): per eseguire diagnosi sono necessari i seguenti criteri:

a. Si ha un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es. apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
    - Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
    - Significativo deficit nutrizionale.
    - Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
    - Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
b. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo

o da una pratica associata culturalmente sancita.

c. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
d. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo, e giustifica ulteriore attenzione clinica.

1.3 Complicanze

I danni fisici che si verificano nei disturbi dell'alimentazione sono il risultato di uno o più fattori, tra cui una dieta ipocalorica estrema, il sottopeso, il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi, l'uso improprio di diuretici e l'attività fisica eccessiva. Questi comportamenti disordinati hanno effetti diretti e indiretti sul corpo, compromettendo in modo significativo la salute fisica e la qualità di vita delle persone affette.

1. Dieta ipocalorica e sottopeso: La restrizione calorica severa e il mantenimento di un peso corporeo estremamente basso (tipico nell'anoressia nervosa) possono causare carenze nutrizionali gravi, riducendo la funzione immunitaria, compromettendo il sistema cardiovascolare e alterando la regolazione ormonale. Questi fattori possono portare a osteoporosi, infertilità, bradicardia e insufficienza renale.

2. Vomito autoindotto: Il vomito ripetuto danneggia l'esofago, i denti e la mucosa orale a causa dell'acido gastrico, e può causare gravi squilibri elettrolitici, che a loro volta, mettono a rischio il funzionamento cardiaco.

Il vomito cronico può anche danneggiare le ghiandole salivari e causare gonfiore facciale.

3. Uso improprio di lassativi e diuretici: L'abuso di lassativi e diuretici può causare disidratazione e alterazioni elettrolitiche, che possono portare a crampi muscolari, debolezza, aritmie cardiache e, nei casi più gravi, insufficienza renale. L'uso di lassativi può anche compromettere la funzione intestinale, portando a un disturbo cronico della motilità intestinale.

4. Attività fisica eccessiva: L'esercizio fisico compulsivo può provocare lesioni muscolari e articolari, ridurre la massa muscolare e indebolire il sistema immunitario. Inoltre, può contribuire all'ulteriore esaurimento del corpo già debilitato da carenze nutrizionali e da un basso peso corporeo.

Questi danni fisici non solo compromettono la salute immediata, ma aumentano anche il rischio di complicazioni a lungo termine. In alcuni casi, le complicazioni fisiche dei disturbi dell'alimentazione possono portare a gravi conseguenze, inclusa la morte, in particolare quando le persone non ricevono un trattamento adeguato per affrontare la malattia.

Tabella I. Complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione (Kaplan & Sadock's, 2015)

Disorder and System Affected	Consequence
Anorexia Nervosa	
Vital signs	Bradycardia, hypotension with marked orthostatic changes, hypothermia, poikilothermia
General	Muscle atrophy, loss of body fat
Central nervous system	Generalized brain atrophy with enlarged ventricles, decreased cortical mass, seizures, abnormal electroencephalogram
Cardiovascular	Peripheral (starvation) edema, decreased cardiac diameter, narrowed left ventricular wall, decreased response to exercise demand, superior mesenteric artery syndrome
Renal	Prerenal azotemia
Hematologic	Anemia of starvation, leukopenia, hypocellular bone marrow
Gastrointestinal	Delayed gastric emptying, gastric dilatation, decreased intestinal lipase and lactase
Metabolic	Hypercholesterolemia, nonsymptomatic hypoglycemia, elevated liver enzymes, decreased bone mineral density
Endocrine	Low luteinizing hormone, low follicle-stimulating hormone, low estrogen or testosterone, low/normal thyroxine, low triiodothyronine, increased reverse triiodothyronine, elevated cortisol, elevated growth hormone, partial diabetes insipidus, increased prolactin
Bulimia Nervosa and Binge Eating and Purging Type Anorexia Nervosa	
Metabolic	Hypokalemic alkalosis or acidosis, hypochloremia, dehydration
Renal	Prerenal azotemia, acute and chronic renal failure
Cardiovascular	Arrhythmias, myocardial toxicity from emetine (ipecac)
Dental	Lingual surface enamel loss, multiple caries
Gastrointestinal	Swollen parotid glands, elevated serum amylase levels, gastric distention, irritable bowel syndrome, melanosis coli from laxative abuse
Musculoskeletal	Cramps, tetany

1.4 Eziopatogenesi

Le cause dei disturbi dell'alimentazione non sono ancora completamente comprese, ma le evidenze suggeriscono che siano il risultato di una combinazione di predisposizione genetica e fattori ambientali. Sebbene siano stati identificati numerosi fattori di rischio, la loro interazione rimane poco chiara. (Dalle Grave, 2017)

1.4.1 Fattori di rischio generali

I fattori di rischio generali sono rappresentati da:

- Sesso femminile: Le donne sono più frequentemente colpite, probabilmente a causa di fattori psicologici, sociali e forse genetici. Inoltre la dieta, che è più comune tra le donne, aumenta il rischio di disturbi dell'alimentazione.

- Adolescenza e prima età adulta: In questa fase della vita, l'interazione tra cambiamenti biologici (come variazioni ormonali) e fattori ambientali (stress, dieta) favorisce l'insorgenza dei disturbi.

- Società occidentale: L'ideale di magrezza sviluppatosi nei paesi

occidentali ha giocato un ruolo importante nell'aumento dei disturbi dell'alimentazione, come l'anoressia nervosa e la bulimia.

- Evoluzione dell'ideale di magrezza: Negli ultimi 50 anni si è dimostrato come le modelle abbiano progressivamente ridotto il loro peso corporeo, coincidente con un aumento dei disturbi dell'alimentazione.
- Esposizione ai media: L'esposizione a contenuti che enfatizzano la magrezza è associata a insoddisfazione corporea e all'adozione di comportamenti dannosi per il controllo del peso. Ricerche hanno mostrato che la visione di immagini di modelle magre aumenta il confronto sociale e l'insoddisfazione corporea.
- Trasmissione sociale dell'ideale di magrezza: L'ideale di magrezza si diffonde attraverso gruppi sociali come amici, famiglia e il processo di acculturazione. La pressione familiare e l'influenza dei pari possono rafforzare il rischio di insoddisfazione corporea e dei disturbi dell'alimentazione, specialmente in individui provenienti da culture non occidentali, che affrontano esperienze di migrazione e acculturazione. (Dalle Grave, 2017)

In sintesi, i disturbi dell'alimentazione sono influenzati da un intreccio complesso di fattori genetici, ambientali e sociali, con una forte componente di modelli culturali e familiari che promuovono l'ideale di magrezza.

1.4.2 Fattori di rischio individuali

I fattori di rischio individuali per i disturbi dell'alimentazione sono:

1. Condizioni familiari:
   - Disturbi dell'alimentazione: Studi evidenziano una predisposizione genetica nei disturbi dell'alimentazione. I familiari di persone affette hanno un rischio maggiore (fino a 10 volte) di sviluppare disturbi simili. L'ereditabilità per anoressia nervosa varia tra il 48% e il 76%, e per la bulimia nervosa tra il 28% e l'83%. La genetica molecolare è in

fase di ricerca, ma i risultati sono ancora incerti.

- Depressione: I familiari di persone con disturbi dell'alimentazione mostrano una maggiore prevalenza di depressione, sebbene la modalità di trasmissione non sia chiara.
- Alcolismo: Un'alta prevalenza di alcolismo è riscontrata nei padri di persone con bulimia nervosa.
- Tratti ossessivi e perfezionistici: Questi tratti sono più frequenti nei familiari di chi soffre di anoressia nervosa.
- Obesità: è stata riportata una maggior prevalenza di obesità nei genitori nelle persone affette da bulimia nervosa.

2. Esperienze pre-disturbo:

- Complicazioni ostetriche/perinatali: Le nascite premature o soggette a complicanze ostetriche aumentano il rischio di anoressia nervosa. Un danno nel neurosviluppo potrebbe essere difatti implicato nella patogenesi dei disturbi dell'alimentazione. (Favaro et al., 2006)
- Problemi familiari: Interazioni familiari disfunzionali non sono una causa diretta, ma il disturbo dell'alimentazione può essere influenzato negativamente dalle interazioni familiari problematiche.
- Abusi sessuali: Sebbene gli abusi sessuali siano comuni tra chi soffre di disturbi dell'alimentazione, non sono un fattore di rischio specifico, ma un indicatore di vulnerabilità psicologica generale.
- Derisione per il peso: La derisione per il peso e la forma corporea è un fattore di rischio specifico per la bulimia nervosa.
- Attività che promuovono la magrezza: Professioni come modella o ballerina, o alcune discipline sportive come fondista o ginnasta, sono più comuni tra chi sviluppa disturbi dell'alimentazione.

3. Caratteristiche individuali:

- Obesità: L'obesità è un fattore di rischio per bulimia nervosa e disturbo da binge-eating, in quanto può dell'alimentazione preoccupazioni per il peso corporeo.

- Problemi dell’alimentazione infantili: I problemi dell’alimentazione nella prima infanzia sono due volte più frequenti in chi sviluppa anoressia nervosa.
- Tratti di personalità: La necessità di autocontrollo, perfezionismo, bassa autostima e difficoltà a tollerare le emozioni sono comuni tra le persone con disturbi dell’alimentazione.
- Ansia: Più della metà dei soggetti con disturbi dell’alimentazione ha una storia di disturbi d'ansia, che possono precedere la comparsa del disturbo dell’alimentazione.
- Disturbi dello sviluppo: Circa il 20% dei pazienti con anoressia nervosa ha una storia di disturbi dello sviluppo (es. autismo, ADHD).

5. Comportamenti di rischio:
- Dieta: Le adolescenti che intraprendono una dieta, anche lievemente ipocalorica, hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare disturbi dell’alimentazione. In uno studio, il rischio era otto volte più elevato tra le adolescenti che facevano dieta. (Dalle Grave, 2017)

Per quanto invece riguarda la classe sociale, lo stato professionale e il livello di istruzione, essi non sono stati associati a un aumento del rischio di sviluppare un disturbo dell’alimentazione. (Favaro et al., 2003)

1.5 Trattamento

Il trattamento dei disturbi dell’alimentazione si basa su linee guida internazionali, come quelle dell'American Psychiatric Association, le NICE, e le direttive del PDTA, che forniscono criteri di appropriatezza. I principi fondamentali del trattamento includono:

1. Tempestività: La diagnosi precoce è cruciale per garantire l'efficacia del trattamento, poiché la durata della malattia è un fattore prognostico negativo significativo. Ritardare l'inizio delle terapie o non somministrarle tempestivamente peggiora difatti l'outcome del disturbo.

2. Specificità: i DCA sono disturbi che non possono essere trattati adeguatamente nei centri di salute mentale generici, in quanto richiedono nella maggior parte dei casi un approccio multidisciplinare. È fondamentale che il trattamento venga gestito in centri specializzati con esperienza nell'ambito dei DCA.

3. Multidisciplinarietà: Il trattamento deve coinvolgere diverse figure professionali, tra cui nutrizionisti, psichiatri, dietisti e psicoterapeuti. L'approccio unidisciplinare (ad esempio, solo psicoterapeutico o solo psichiatrico) è considerata negligenza terapeutica. Il trattamento deve essere basato su un team multidisciplinare per affrontare i bisogni sia medici che psicologici della paziente. Trattamenti unidirezionali possono portare a recidive, anche se inizialmente sembrano efficaci.

Il trattamento segue il "modello a passi successivi". Si inizia dal medico di base (MMG), pediatra o medico di pronto soccorso, che identifica il disturbo, con particolare attenzione alla sensibilizzazione e formazione da parte di specialisti (nutrizionisti e psichiatri). Successivamente, il trattamento può proseguire in regime ambulatoriale specialistico. Nei casi più gravi (20-30% dei pazienti) si ricorre a trattamenti intensivi, come i centri diurni (con pasti assistiti) o strutture residenziali, dove vengono monitorati tutti i pasti e fornita psicoterapia cognitivo-comportamentale. In qualsiasi fase del trattamento può essere necessario un ricovero ordinario in psichiatria per complicanze psichiatriche (es. TSO, rischio suicidario) o in medicina interna per complicanze organiche.
Il trattamento ambulatoriale è preferibile e risolutivo nel 70-80% dei casi, in quanto consente di mantenere il paziente nel proprio ambiente familiare. Tuttavia, in caso di mancata risposta al trattamento, gravità della malattia o conflittualità familiare, si rende necessario un trattamento più intensivo. La continuità terapeutica tra i diversi livelli di intervento è essenziale e deve essere garantita attraverso una rete di

centri di riferimento.

Le tappe fondamentali del trattamento includono:

1. Diagnosi delle complicanze mediche: È necessario identificare e trattare le complicanze mediche (metaboliche, ossee, endocrinologiche, neurologiche). In pazienti con sottopeso grave è sempre prevista una valutazione internistica, nutrizionale e psichiatrica.

2. Valutazione psichiatrica e comorbidità: Circa il 50% dei pazienti con DCA presenta comorbidità psichiatriche (disturbi d'umore e/o ansia). È cruciale distinguere se la comorbilità è primaria o secondaria alla malnutrizione. Disturbi come la depressione, se non trattati, possono ostacolare l'adesione al trattamento.

3. Trattamento della depressione: La depressione deve essere trattata per evitare che ostacoli la partecipazione attiva del paziente al trattamento del DCA. Se la depressione è secondaria alla malnutrizione, il miglioramento dell'alimentazione può contribuire al miglioramento del tono dell'umore. In caso di depressione primaria, si rende necessario un trattamento con SSRI o altre terapie mirate.

4. Nutrizione e motivazione: L'alimentazione deve essere adeguata e monitorata. L'utilizzo del sondino nasogastrico (SNG) è limitato alla fase acuta della malattia e non costituisce una cura definitiva per l'anoressia. La partecipazione attiva al trattamento, attraverso un processo motivazionale, è essenziale, ma la motivazione è spesso difficile da raggiungere a causa dei fattori fisiologici e patologici.

5. Psicoeducazione e terapia familiare: L'educazione psicologica ai pazienti e alle famiglie è fondamentale per affrontare la malattia. I familiari devono essere coinvolti nel trattamento, soprattutto per

migliorare la consapevolezza e ottenere il loro supporto. La terapia familiare è particolarmente utile per le pazienti adolescenti e in caso di dinamiche familiari problematiche.

6. Terapia psicoterapeutica: L'approccio terapeutico principale è la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), che nell'anoressia nervosa mira a ristrutturare i pensieri distorti riguardo al corpo, al cibo e all'autostima, prevenendo le ricadute. La CBT poi mira nella bulimia nervosa a ridurre la restrizione dell'alimentazione, introdurre gradualmente i cibi evitati e migliorare la gestione emotiva delle situazioni a rischio di crisi bulimiche. Inoltre, può essere combinata con altre tecniche, come la terapia familiare.

7. Terapia farmacologica: Per quanto riguarda l'anoressia nervosa non esistono farmaci specifici per il trattamento. Tuttavia, nei casi di comorbilità psichiatrica, possono essere somministrati SSRI per trattare disturbi depressivi e d'ansia. Gli antipsicotici atipici a basse dosi sono utilizzati in casi selezionati. Nella bulimia nervosa, la fluoxetina (60 mg) è utilizzata per ridurre l'impulsività verso il cibo, ma il trattamento farmacologico da solo non è sufficiente; è sempre necessaria una psicoterapia. (Favaro et al., 2021)

La prevenzione delle ricadute è fondamentale, poiché i pazienti, una volta migliorati, potrebbero tornare a comportamenti disfunzionali se non supportati adeguatamente. È cruciale insegnare ai pazienti a riconoscere i segnali di allarme e a sviluppare strategie per gestire eventuali difficoltà future. Il trattamento deve promuovere l'adattabilità al cambiamento nelle abitudini dell'alimentazione.

CAPITOLO 2 – COVID-19 e disagio giovanile

2.1 Impatto della pandemia sulla popolazione

La quarantena imposta per contenere il COVID-19 ha avuto effetti psicologici negativi sulla popolazione, tra cui sintomi post-traumatici, confusione e rabbia. I fattori di stress principali sono stati la durata dell'isolamento, la paura del contagio, la frustrazione, la noia, la mancanza di risorse e lo stigma. La pandemia ha aumentato i tassi di depressione, ansia e altri disturbi psichiatrici, con un impatto maggiore sulle persone con malattie mentali preesistenti. Inoltre, la comorbilità medica nelle persone con disturbi psichiatrici ha contribuito ad un maggiore rischio di gravi complicazioni, con un aumento di ospedalizzazioni e mortalità. Le persone con disturbi psichiatrici preesistenti, sebbene abbiano vissuto maggiori difficoltà psicologiche durante la pandemia, non sempre hanno mostrato un peggioramento dei sintomi. Alcuni pazienti, infatti, hanno riportato miglioramenti nei sintomi depressivi e ansiosi grazie alla maggiore routine e al minore stress sociale. Tuttavia, anche in questi pazienti "apparentemente adattati" alla situazione, le conseguenze psicologiche a lungo termine non sono certo positive, soprattutto a causa di un aumento dei meccanismi disfunzionali di evitamento, che hanno comportato una maggiore difficoltà di adattamento nelle fasi successive alla pandemia. (Favaro et al., 2021)

Una sintesi quantitativa dei dati, condotta dal Global Burden of Disease Resource Center, tra il 2020 e il 2021, ha mostrato come la pandemia abbia avuto un impatto sostanziale sul rischio di sviluppare disturbo depressivo maggiore e disturbi d'ansia, stimando ulteriori 53,2 milioni di casi di disturbo depressivo maggiore e 76,2 milioni di casi di disturbi d'ansia a livello globale a causa della pandemia di COVID-19. (Manchia et al., 2022)

In una revisione sistematica e una meta-analisi, coinvolgente i partecipanti di diversi studi svolti da Novembre 2019 al primo settembre 2020, si è riscontrato un aumento non solo della prevalenza del suicidio ma anche del comportamento autolesionistico e dell'ideazione suicidaria, pari al 12.1%. I principali fattori di rischio sono stati: basso supporto sociale, elevato esaurimento fisico e mentale, disturbi del sonno, quarantena, solitudine e difficoltà psicologiche. (Farooq et al., 2021)

2.1.1 Impatto della pandemia sui giovani

Le conseguenze derivanti dalla pandemia da COVID-19 hanno avuto effetti negativi sulla salute mentale, influenzando soprattutto le persone vulnerabili come gli adolescenti. (Favaro et al., 2021). Molti governi hanno imposto lockdown nazionali, la chiusura delle scuole, la didattica a distanza e le misure di distanziamento sociale. L'isolamento, la disgregazione delle routine quotidiane e una drastica e improvvisa diminuzione dell'attività fisica e dei livelli di interazione sociale, sono diventati la nuova realtà vissuta dai bambini e dagli adolescenti di tutte le fasce di età. Questi fattori di rischio hanno portato ad un aumento della prevalenza di depressione, ansia, sintomatologia da stress post-traumatico e disturbi del sonno, oltre ad un’esacerbazione di irritabilità e rabbia. Sono stati inoltre registrati tassi più elevati di comportamenti autolesionistici e di ideazione suicidaria. Tuttavia, l'esperienza della pandemia non è stata omogenea tra tutti i giovani. I possibili fattori di rischio includono la presenza di problemi di salute mentale antecedenti alla pandemia, l'esposizione eccessiva ai media e un alto numero di casi di COVID-19 nella comunità, mentre la presenza di routine familiari e una buona comunicazione genitore-figlio sono stati identificati come fattori protettivi. (Magklara et al., 2023)

Una sintesi quantitativa dei dati, condotta dal Global Burden of Disease Resource Center, tra marzo e aprile 2020, ha evidenziato una prevalenza

del 21,7% per sintomi di ansia e del 24,6% per sintomi di depressione, soprattutto in studenti del liceo superiore, pazienti di sesso femminile, ragazzi soggetti a minore esercizio fisico e a minor supporto sociale. Inoltre, nel maggio del 2020 è stata riportata tra gli adolescenti, una diminuzione dell'attività fisica, un aumento delle ore di sonno e del tempo davanti allo schermo. (Manchia et al., 2022)

In una revisione sistematica e una meta-analisi di PubMed, pubblicata all'inizio del 2025, è stata riscontrata, durante la pandemia, una diminuzione dell'ideazione suicidaria pari al 29,39%, rispetto al periodo pre-pandemia, mentre i tassi di autolesionismo sono aumentati del 32,51% e i tentativi di suicidio sono aumentati del 22,41%, con variazioni significative in base al tipo di popolazione e ai livelli di vulnerabilità psichiatriche. (Vardi et al., 2025)

La pandemia ha poi aggravato anche disturbi come la schizofrenia, il disturbo ossessivo-compulsivo (i cui sintomi sono aumentati, in alcuni casi, a causa della paura del contagio e della probabilità di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2), e i disturbi dell'alimentazione, con un aumento delle richieste di aiuto, soprattutto tra gli adolescenti. (Favaro et al., 2021). L'aggravamento dei disturbi dell'alimentazione verrà trattata nel capitolo successivo.

Nella maggior parte dei paesi, la diffusione dell'infezione da un lato, e l'imposizione di lockdown e altre misure di contenimento dall'altro, hanno messo sotto enorme pressione i servizi sanitari, lasciando le famiglie, con bambini e adolescenti con disturbi mentali, con supporto minimo o inadeguato.
In pazienti con disturbi dello spettro autistico è stato riscontrato un significativo aumento dello stress genitoriale, nonché alti livelli di ansia, irritabilità, iperattività, comportamento stereotipato e altri problemi comportamentali.

La pandemia di COVID-19 ha colpito in modo sproporzionato e negativo anche i bambini e adolescenti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività, con un aumento globale dei sintomi. (Magklara et al., 2023)

2.2 Eziologia del disagio giovanile conseguente alla pandemia da COVID-19

2.2.1 Isolamento sociale

Durante l'emergenza sanitaria, i giovani e gli adolescenti hanno dovuto affrontare un sacrificio significativo: rinunciare alla propria vita sociale e relazionale per il bene della comunità, in particolare per proteggere le persone più anziane. La pandemia ha ostacolato lo sviluppo culturale e relazionale previsto per l'individuo, determinando un aumento generale dei sintomi depressivi e ansiosi nei bambini e negli adolescenti rispetto al periodo antecedente al lockdown (Muth et al., 2022).

Uno studio condotto a Wuhan, epicentro della pandemia, durante il lockdown del 2019, ha rilevato un aumento del 22% dei sintomi depressivi e del 18,9% dei sintomi ansiosi, rispetto al periodo pre-pandemia, tra gli studenti di scuola primaria e secondaria, a causa della sospensione delle lezioni in presenza, delle attività all'aperto e dei contatti sociali con i coetanei, evidenziando l'impatto psicologico dell'emergenza sanitaria (Xie et al., 2020).

La chiusura delle scuole, insieme ad altre misure restrittive, ha contribuito all'isolamento sociale e alla perdita del supporto fondamentale offerto da coetanei e insegnanti. In un momento così delicato della vita, come l'adolescenza, l'interruzione della routine scolastica e il distanziamento sociale risultano particolarmente difficili da gestire. Questo periodo è cruciale per lo sviluppo dei giovani, poiché segna l'inizio della ricerca

dell'indipendenza e della costruzione dell'identità, che avviene in gran parte attraverso le interazioni con i pari. L'impossibilità di vivere pienamente queste esperienze di crescita ha probabilmente alimentato sentimenti di solitudine e smarrimento. (Minozzi et al., 2021).

Queste sensazioni di solitudine e smarrimento si sono accentuate poi nel caso in cui i pazienti risultassero positivi al SARS-CoV-2 o avessero avuto contatti diretti con persone affette, scatenando alti livelli di stress. I fattori di stress hanno incluso una durata della quarantena più lunga, la paura dell'infezione, la frustrazione, la noia, le forniture insufficienti, le informazioni inadeguate e lo stigma legato all'infezione. (Brooks et al., 2020)

2.2.2 Influenza dei social media

A seguito delle misure restrittive, gran parte della popolazione ha trascorso intere giornate all'interno delle proprie abitazioni, con una disponibilità di tempo libero molto maggiore del solito. Molti hanno scelto di dedicarsi ai social network, come dimostra l'aumento dell'uso delle varie piattaforme da parte soprattutto dei giovani, con un conseguente accesso costante a informazioni e immagini riguardanti la diffusione del virus e i suoi tassi di mortalità, che hanno provocato sentimenti di sconforto, depressione, ansia e panico (Koeze et al., 2020).

L'utilizzo dei social media durante l'emergenza sanitaria è stato l'unico mezzo di comunicazione e di diffusione di informazioni, costituendo terreno fertile per false informazioni e per lo sviluppo di problematiche mentali. (Bailey et al., 2022; Chaturvedi et al., 2021). Se da una parte i social media hanno permesso agli utenti di esprimere e condividere i propri timori e paure riguardo al virus, dall'altra parte hanno invaso gli utenti di false informazioni sulla malattia, che hanno creato ansia e depressione. Questa disinformazione è stata diffusa anche in un periodo delicato legato all'esecuzione del vaccino per il SARS-Cov-2, con un effetto

negativo sull'esitazione vaccinale e sull'adozione del vaccino. (Skafle et al., 2022)

Inoltre l'uso eccessivo dei social media ha esposto ed espone maggiormente a contenuti dannosi legati al cibo e alla dieta, alterando la percezione del proprio corpo e generando sentimenti di sconforto, frustrazione e svalutazione di sé soprattutto nei giovani (Ramsey et al., 2023; Muth et al., 2022). Sono stati riscontrati legami significativi tra la frequenza d'uso dei social e l'insoddisfazione corporea, la spinta verso la magrezza e la bassa autostima (Vall-Roqué et al., 2021). In questo modo l'esposizione ai social network, che trasmettono messaggi su diete, esercizio fisico e immagini di corpi magri e atletici, può aver diffuso una visione negativa del proprio corpo in alcuni soggetti, con il conseguente ricorso a comportamenti dell'alimentazione dannosi. (Cooper et al., 2022).

2.2.3 Utilizzo della didattica a distanza

L'uso delle videoconferenze e della didattica a distanza ha permesso di proseguire alcune attività lavorative e, in particolare, la formazione dei giovani studenti (Chaturvedi et al., 2021; Gordon et al., 2020). Tuttavia, questo ha anche contribuito ad aumentare le preoccupazioni legate all'aspetto fisico. Infatti, durante le videoconferenze, l'attenzione si concentra spesso sui volti e sull'aspetto delle persone. Ciò crea una situazione in cui, virtualmente, ci si guarda allo specchio ripetutamente mentre si interagisce con gli altri (Rodgers et al., 2020).

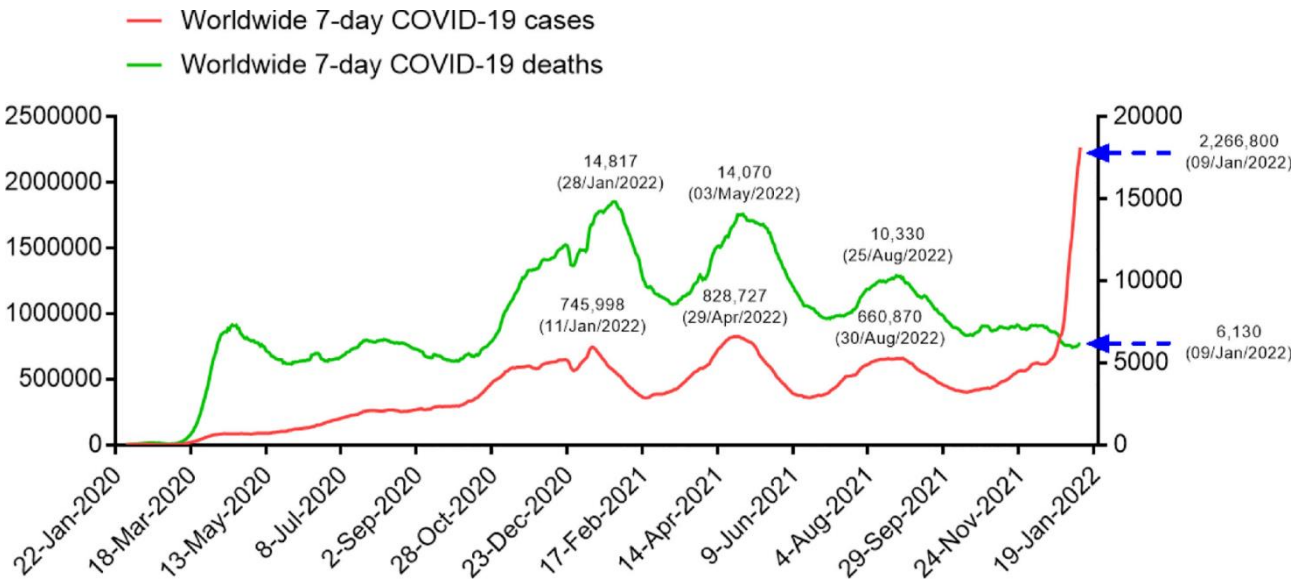
Oltre alle videoconferenze, anche le videochiamate hanno portato ad una maggiore consapevolezza del proprio corpo e ad autocritiche, soprattutto in pazienti fragili. Alcuni soggetti hanno così ritenuto più sicuro non utilizzare forme di comunicazione potenzialmente scatenanti. (Fernández-Aranda et al., 2020)

CAPITOLO 3 – COVID-19 e disturbi dell'alimentazione

3.1 Epidemiologia dei disturbi dell'alimentazione con l'avvento del COVID-19

Dopo il primo report di casi di COVID-19 alla fine del 2019, il SARS-CoV-2 si è diffuso rapidamente in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato il COVID-19 un'emergenza sanitaria pubblica di rilevanza internazionale il 30 gennaio 2020 e una situazione pandemica l'11 marzo 2020. All'inizio del 2022 a livello globale, sono stati segnalati oltre 418,6 milioni di casi confermati di COVID-19 e 5,8 milioni di decessi, cifra che è certamente sottostimata a causa della mancanza di risorse mediche sufficienti in molte aree a basso reddito. Nonostante l'apparizione costante di nuove varianti del SARS-CoV-2, il tasso di mortalità per caso del COVID-19 continua a diminuire, cosa che potrebbe essere legata all'immunizzazione globale con il vaccino contro il COVID-19, al miglioramento del trattamento medico per il COVID-19 e alla diminuzione della virulenza delle varianti di SARS-CoV-2. Al 18 febbraio 2022, i paesi con più di 10 milioni di casi segnalati includono gli Stati Uniti, l'India, il Brasile, la Francia, il Regno Unito, la Federazione Russa, la Turchia, la Germania, l'Italia e la Spagna. (Zhou et al., 2022)

Immagine I: Media settimanale globale dei casi e dei decessi da COVID-19 dal 22 gennaio 2020 al 9 gennaio 2022. (Zhou et al., 2022)



Il grafico sulla media settimanale globale dei casi e dei decessi da COVID-19, dal 22 gennaio 2020 al 9 gennaio 2022, permette di comprendere in modo più approfondito le variazioni epidemiologiche dei disturbi dell'alimentazione associate all'impatto della pandemia da SARS-CoV-2.

In uno studio del 2020 sui database di 5,2 milioni di cartelle sanitarie di individui statunitensi, con età inferiore ai 30 anni, è stato riscontrato un aumento dell'incidenza dei disturbi dell'alimentazione del 15% rispetto agli anni precedenti. Analogamente, in un altro studio che ha utilizzato i record sanitari di tre milioni di individui statunitensi, provenienti da una compagnia di assicurazione commerciale, è stato dimostrato che il numero di pazienti ambulatoriali con disturbi dell'alimentazione è aumentato da 25 a 29 per 100.000 al mese, dal 2019 al 2020 (Meier et al., 2022)

I disturbi dell'alimentazione hanno continuato a colpire prevalentemente il sesso femminile, anche durante la pandemia da COVID-19. Utilizzando i dati delle cartelle cliniche elettroniche di 5,2 milioni di persone sotto i 30

anni, per lo più negli Stati Uniti, è stato osservato come l'aumento dell'incidenza dei disturbi dell'alimentazione nel 2020, si sia verificato prevalentemente nel sesso femminile, e sia stato principalmente legato agli adolescenti e all'anoressia nervosa. (Taquet et al., 2021). La prevalenza delle diagnosi di anoressia nervosa, rispetto alle diagnosi di altri disturbi dell'alimentazione, ha perpetuato anche durante la pandemia.

In uno studio trasversale effettuato in 6 ospedali pediatrici di terzo livello in Canada, tra il 1° gennaio 2015 e il 30 novembre 2020, è stato rilevato un numero maggiore di nuove diagnosi e ospedalizzazioni per anoressia nervosa o anoressia nervosa atipica, nei bambini e negli adolescenti durante la prima ondata della pandemia di COVID-19. Le diagnosi di anoressia nervosa o anoressia nervosa atipica pre-pandemiche sono rimaste stabili nel tempo, mentre le nuove diagnosi sono aumentate durante la prima ondata della pandemia a una media di 40,6 casi al mese, con una forte tendenza al rialzo. Questa tendenza è stata più marcata nelle province canadesi, con tassi più elevati di infezioni da COVID-19. (Agostino et al., 2021)

Con l'avvento della pandemia si conferma anche la continua diminuzione nel tempo, dell'età di insorgenza dei disturbi dell'alimentazione. In uno studio retrospettivo e descrittivo su una coorte di pazienti pediatrici con diagnosi di disturbo dell'alimentazione, valutati presso l'Ospedale Universitario di Canarias (Tenerife, Spagna), da marzo 2017 a marzo 2023, si conferma la tendenza crescente dei disturbi dell'alimentazione ad un esordio più precoce e ad uno stato nutrizionale e di peso corporeo peggiore. (Murray Hurtado et al., 2024)

3.2 Trend di ricovero per disturbi dell'alimentazione nel periodo pandemico

I dati aggregati provenienti da ricerche di letteratura, sui database di CINAHL, Embase, MEDLINE e PsycINFO, tra novembre 2019 e ottobre 2021, hanno mostrato un aumento medio del 48% nelle ammissioni ospedaliere per pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione durante la pandemia. Questo incremento potrebbe essere attribuito a molteplici fattori, tra cui il peggioramento dei sintomi correlati ai disturbi dell'alimentazione e le difficoltà nell'accesso ai trattamenti, a causa delle restrizioni legate alla pandemia. (Devoe et al., 2022)

In uno studio basato sui dati amministrativi della più grande compagnia di assicurazione sanitaria tedesca, dove sono stati inclusi tutti i bambini (0-14 anni) e gli adolescenti (15-19 anni) con una diagnosi di dimissione di anoressia nervosa tipica e atipica, è stato registrato un aumento altamente significativo del 40% nelle percentuali di ricovero tra il periodo pre-COVID-19 nel 2019 e quello peri-COVID-19 nel 2021 per il sesso femminile, mentre nel sesso maschile i tassi di ospedalizzazione sono aumentati significativamente solo nei bambini con disturbo dell'alimentazione. (Herpertz-Dahlmann et al., 2022)

Durante la pandemia da COVID-19, oltre all'aumento dell'incidenza dei ricoveri ospedalieri per pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione, vi è stato un aumento dell'incidenza dei ricoveri per comportamenti autolesionistici, che possono essere in alcuni casi associati ai disturbi dell'alimentazione. In un'indagine epidemiologica condotta tramite la banca dati nazionale delle dimissioni ospedaliere francesi, si è riscontrato un aumento significativo dei ricoveri per anoressia nervosa, per le ragazze (10-19 anni) e per le donne giovani (20-29 anni), durante il periodo pandemico (marzo 2020-novembre 2021) rispetto a quello pre-

pandemico (giugno 2018-febbraio 2020). Inoltre nel periodo pandemico si è riscontrato un aumento significativo dei ricoveri per anoressia nervosa associati ad una diagnosi di autolesionismo, tra le pazienti di età compresa tra i 20 e i 29 anni. Invece, le ospedalizzazioni per le pazienti affette da anoressia nervosa e comportamenti autolesionistici, sono rimaste elevate nei pazienti di età compresa tra i 10 e i 19 anni, sia nel periodo pre-pandemico che nel periodo pandemico. (Chauvet-Gelinier et al., 2022)

Oltre ai comportamenti autolesionistici, vi è stato un aumento, tra i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione, delle ideazioni suicidarie e dei tentativi di suicidio, i quali richiedono un ricovero immediato. In uno studio del 2020 sui database di 5,2 milioni di cartelle sanitarie di individui per lo più statunitensi, con età inferiore ai 30 anni, si è riscontrato come rispetto ai pazienti diagnosticati con un disturbo dell'alimentazione nei tre anni precedenti, quelli diagnosticati durante la pandemia sono stati a maggior rischio di tentare il suicidio (0,89% vs. 0,52%) e di avere ideazioni suicidarie (6,3% vs. 4,8%), mentre la mortalità per suicidio non ha mostrato differenze. (Taquet et al., 2021)

3.3 Alterazioni della sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione

In uno studio pilota del 2020 presso l'Unità di emergenza del Dipartimento di Psichiatria nell'Ospedale Universitario di Bellvitge (Barcellona, Spagna), è stato somministrato un sondaggio per monitorare l'impatto delle prime due settimane di confinamento. La maggior parte dei pazienti ha riportato preoccupazioni legate all'aumento dell'incertezza nelle proprie vite, come il rischio di infezione da COVID-19 per sé stessi o i propri cari, l'impatto negativo sul lavoro e sul trattamento. Circa il 38% ha segnalato un peggioramento della sintomatologia del disturbo dell'alimentazione, mentre il 56,2% ha manifestato sintomi

aggiuntivi di ansia, di cui quattro pazienti su trentadue hanno dichiarato che lo stress rendeva difficile controllare l'alimentazione. (Fernández-Aranda et al., 2020)

In una ricerca sistematica nelle banche dati biomediche italiane, dal gennaio 2020 al gennaio 2021, è stata riscontrata una prevalenza complessiva del deterioramento sintomatico nei disturbi dell'alimentazione, pari al 65%. Più della metà dei partecipanti ha riportato sintomi di depressione e ansia. Inoltre, almeno il 75% degli individui con disturbo dell'alimentazione, ha riferito preoccupazioni per la forma fisica e l'alimentazione, e un aumento dei pensieri riguardanti l'esercizio fisico. Tuttavia, le analisi complessive degli studi longitudinali non hanno mostrato differenze significative rispetto ai livelli pre-pandemia nell'indice di massa corporea. (Sideli et al., 2021)

I pazienti con disturbo dell'alimentazione hanno mostrato livelli significativamente più alti di stress, ansia, depressione, sintomi legati al disturbo da stress post-traumatico e ai disturbi dell'alimentazione, rispetto ai soggetti sani. In Italia con il rilassamento delle misure di confinamento, i sintomi legati al disturbo da stress post-traumatico e ai disturbi dell'alimentazione sono migliorati, mentre sono persistiti alti livelli di stress, ansia e depressione. Questi risultati suggeriscono una forte vulnerabilità allo stress delle persone con disturbo dell'alimentazione, con effetti significativi sui sintomi del disturbo. (Nisticò et al., 2021; Monteleone et al., 2021)

I pazienti affetti da anoressia nervosa sono andati incontro durante l'isolamento, a perdita di controllo con difficoltà nell'accesso ai cibi "sicuri", un aumento dell'ansia e dello stress, un'esacerbazione di pensieri e comportamenti negativi legati al disturbo dell'alimentazione, come per esempio l'aumento dell'esercizio fisico compensatorio. (Hunter et al., 2021)

I pazienti con bulimia nervosa hanno esacerbato il comportamento del binge-eating e hanno riferito sintomi post-traumatici più gravi, rispetto ai pazienti con anoressia nervosa e ai soggetti sani. (Castellini et al., 2020)

L'aumento dell'accesso ai social media durante la pandemia, soprattutto da parte di adolescenti, ha portato spesso ad un'influenza negativa sulla sintomatologia dei disturbi dell'alimentazione e sull'immagine corporea dei pazienti. (Ramsey et al., 2023; Muth et al., 2022). In aggiunta, la chiusura dei centri sportivi e le limitazioni sulle attività fisiche all'aperto durante il lockdown, hanno portato ad un aumento della preoccupazione legata al peso e alla forma fisica, e in generale ad una sensazione di maggior stress.

3.4 Ruolo della telemedicina nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Durante la pandemia da COVID-19, la somministrazione del trattamento agli adolescenti affetti da un disturbo dell'alimentazione, ha rappresentato una sfida, a causa dell'aumento della gravità della sintomatologia e del concomitante aumento dei tassi di ospedalizzazione. Difatti quasi la metà dei bambini e degli adolescenti ha sperimentato una riattivazione dei sintomi del disturbo, nonostante il trattamento fornito, e i pazienti con sintomatologia grave hanno presentato un maggior rischio di autolesionismo e suicidio. (Graell et al., 2020).

In numerosi paesi colpiti dalla pandemia, è stata adottata rapidamente la telemedicina e gli interventi online, inclusi trattamenti di educazione psicologica familiare. Questo approccio terapeutico ha consentito ai pazienti con disturbi dell'alimentazione di essere trattati in modalità ambulatoriale durante il periodo di emergenza, alleggerendo così il carico

ospedaliero. Inoltre, la comunicazione tra i professionisti sanitari e il sistema di supporto dei pazienti, ha permesso anche alle famiglie di ricevere il sostegno necessario. (Fernández-Aranda et al., 2020)

Le misure online ed e-health per i pazienti con disturbi dell'alimentazione, sono state sviluppate e testate in ambito mondiale per oltre 20 anni e sono disponibili per l'implementazione. Tuttavia, alcuni aspetti della valutazione clinica sono difficili da monitorare senza un contatto diretto o l'uso di misure surrogate, specialmente nei casi più gravi (ad esempio, pazienti con grave sottopeso, casi di autolesionismo non suicida, e soggetti con comportamenti autodistruttivi). Inoltre, il cambiamento nelle modalità di trattamento ha contribuito ad aumentare i sentimenti di panico e la sensazione di perdita di controllo, già aggravate dalla rapida escalation della pandemia. Difatti, sebbene alcuni pazienti avessero accesso alla terapia online, è stato riconosciuto come la maggiore responsabilità diretta (come ad esempio la pesatura) abbia comportato una maggiore auto-gestione per questi soggetti, scatenando sentimenti di stress. (Fernández-Aranda et al., 2020)

2. SCOPI DELLO STUDIO

La pandemia di COVID-19 ha profondamente sconvolto la quotidianità della popolazione di tutto il mondo ed in particolare delle persone più vulnerabili. In diversi Paesi del mondo è stato in particolare descritto un aumento dei casi (soprattutto adolescenti) affetti da un disturbo dell'alimentazione che si sono rivolti ai Pronto Soccorso o che hanno avuto necessità di ricovero. Pochi studi per il momento hanno analizzato le varie fasi del periodo post-pandemico per valutare se il picco di casi osservato persista nel tempo o tenda a tornare verso la normalità.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare, attraverso i dati raccolti all'interno dell'Azienda Ospedale Università di Padova, il numero di accessi ambulatoriali, di ricovero e di Pronto Soccorso di casi affetti da anoressia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione confrontando, anche da un punto di vista statistico, la fase pre-pandemica con i primi due anni dopo la pandemia (2021-2022) e poi con il periodo successivo (2023-2024).

3. METODI

3.1 Acquisizione dei dati

Lo studio è stato condotto analizzando tutte le diagnosi di anoressia nervosa nel sesso femminile, registrate in qualsiasi setting dell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova, nel periodo 2015-2024. Sono stati inclusi sia pazienti minorenni che maggiorenni, mentre sono stati esclusi i pazienti di età superiore ai 70 anni.

I dati sono stati raccolti e analizzati grazie alla collaborazione della Direzione Medica dell'Azienda che, tramite l'Ufficio Controllo Gestione, ha messo i dati a disposizione.

I dati analizzati sono stati i seguenti:

- numero e giorni di ricoveri ordinari e urgenti (in psichiatria, in reparto medico, in pediatria)
- numero di accessi al Pronto Soccorso
- giorni di accesso al Day-Hospital del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione (Day-Hospital per la riabilitazione intensiva)
- numero di prime visite ambulatoriali (casi di anoressia nervosa e anche tutte le altre diagnosi di disturbo dell'alimentazione).

Sono stati esclusi i ricoveri in chirurgia/oncologia perché i motivi del ricovero non erano direttamente collegati al disturbo dell'alimentazione.

3.2 Analisi statistica

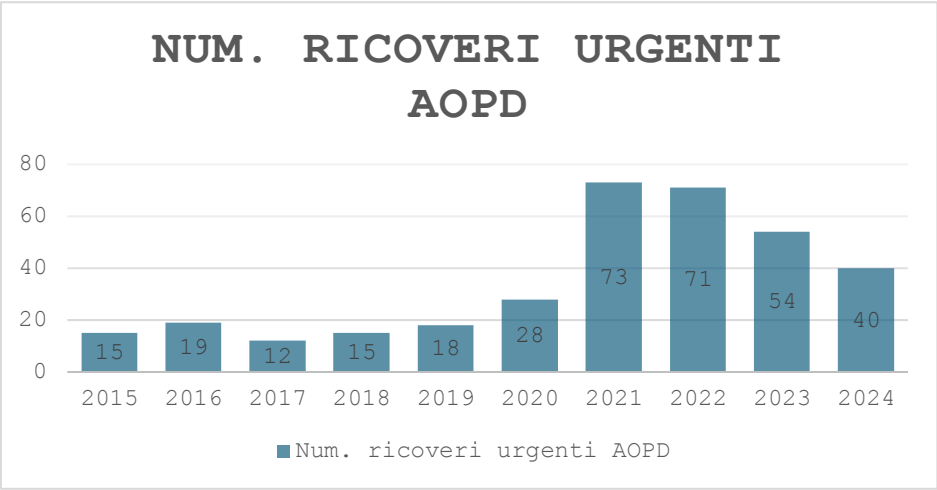
Oltre ad una valutazione descrittiva dell'andamento è stata condotta una analisi statistica, confrontando le medie del numero di casi nei diversi periodi e stimando il rischio all'interno della popolazione femminile di pari

età, residente nell'area di Padova. Secondo l'ufficio statistico regionale, la popolazione residente di sesso femminile di età 10-33 negli anni in esame è mediamente 21.902. Per la valutazione statistica dell'andamento temporale dei ricoveri è stato quindi usato il risk-ratio con intervallo di confidenza al 95%. Il risk-ratio esprime il rapporto tra la probabilità che si verifichi un evento in un gruppo esposto e la probabilità che si verifichi l'evento in un gruppo di confronto, non esposto.

4. RISULTATI

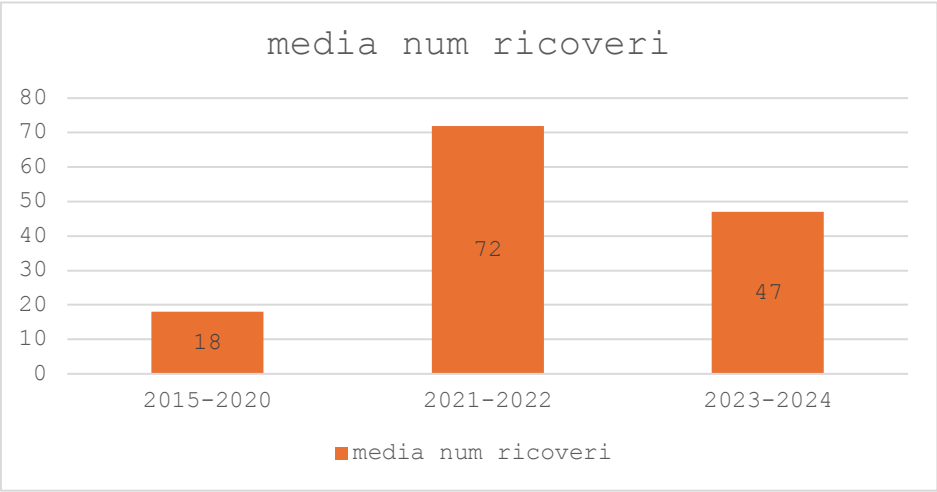
4.1 Ricoveri e urgenze

Grafico I: Numero di ricoveri urgenti presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova.



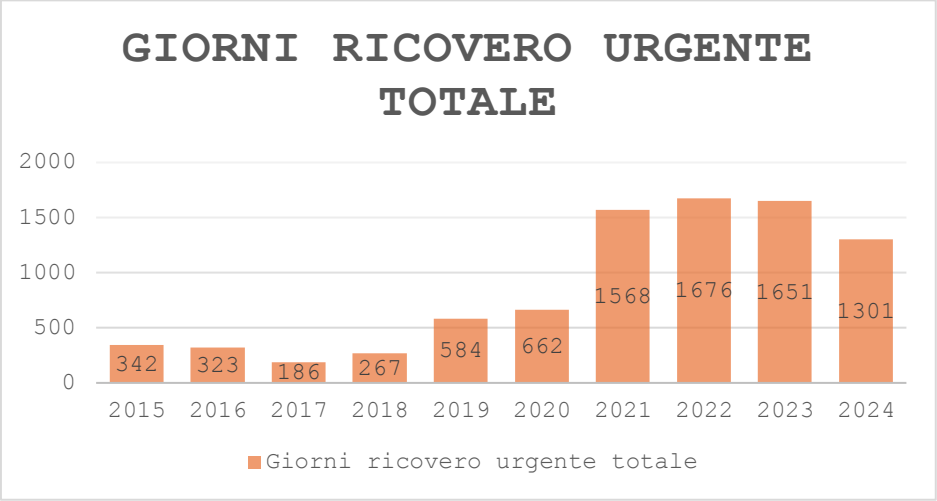
Nel grafico I sono riportati i dati relativi al numero di ricoveri urgenti presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova. Dal 2015 al 2020 il numero di ricoveri cresce moderatamente. Nel 2021-2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non scende però ai numeri pre-COVID-19. Allo scopo di effettuare una valutazione statistica di queste variazioni negli anni abbiamo effettuato un confronto tra la media dei ricoveri nel periodo pre-pandemico (2015-2020), la media nel periodo pandemico 2021-2022 ed infine il periodo 2023-2024 (vedi grafico II).

Grafico II: Media del numero di ricoveri.



Nel grafico II sono illustrati i dati inerenti alla media del numero di ricoveri. Dal 2015 al 2020 la media è pari a 18 ricoveri all'anno. Nel 2021-2022 quadruplica a 72. Nel 2023-2024 si abbassa a 47, non raggiungendo però i livelli pre-pandemici. Il risk ratio, confrontando la media del periodo 2015-2020 (18) e il numero del periodo 2021-2022 (72), è pari a 4,00 (95% IC 2,39-6,70), z=5,26, p<0.0001. Invece, il risk ratio che confronta il numero del periodo 2015-2020 (18) e il numero del periodo 2023-2024 (47), è uguale a 2,61 (95% IC 1,52-4,49), z=3,46, p=0.00027.

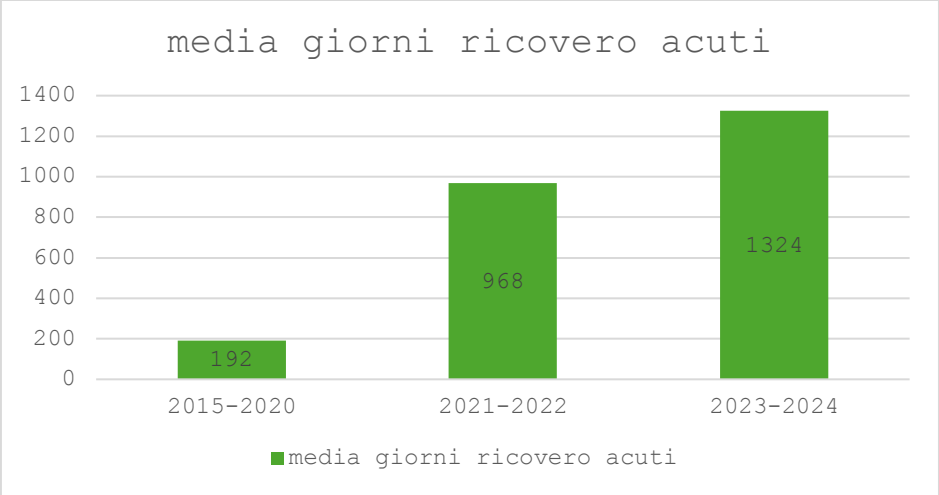
Grafico III: Giorni totali di ricovero urgente.



Nel grafico III sono esposti i dati dei ricoveri urgenti presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova espressi in giornate di degenza. Dal

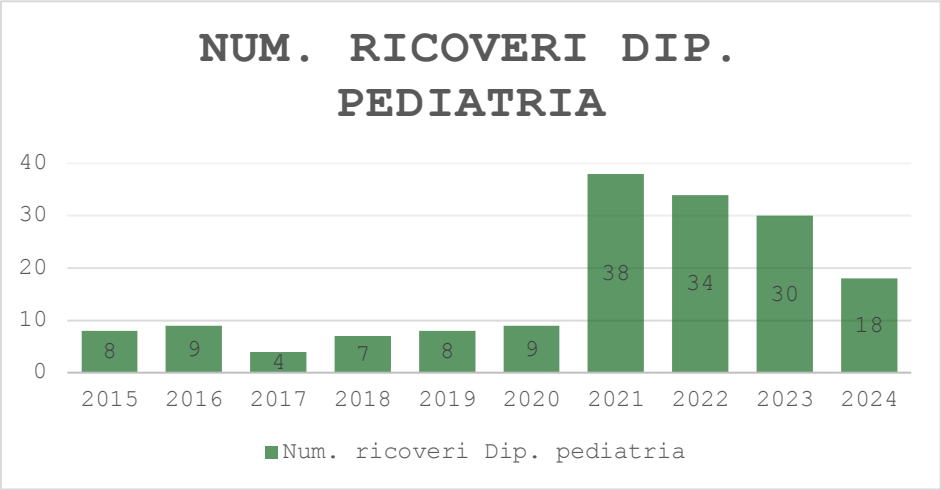
2015 al 2018 il numero di giorni rimane per lo più stabile. Nel 2019-2020 cresce moderatamente, raggiungendo un picco dal 2021 al 2023. Nel 2024 si assiste ad una parziale diminuzione dei giorni di ricovero, che non arrivano però ai numeri pre-pandemici. Allo scopo di effettuare una valutazione statistica di queste variazioni negli anni abbiamo effettuato un confronto tra la media dei giorni di ricovero acuti nel periodo pre-pandemico (2015-2020), la media nel periodo pandemico 2021-2022 ed infine il periodo 2023-2024 (vedi grafico IV).

Grafico IV: Media dei giorni di ricovero acuti.



Nel grafico IV sono esposti i dati riguardanti la media dei giorni di ricovero acuti. Dal 2015 al 2020 la media è pari a 192. Nel 2021-2022 si quintuplica a 968, raggiungendo il picco di 1324 nel 2023-2024. Il risk ratio, confrontando la media del periodo 2015-2020 (192) e la media del periodo 2021-2022 (968) (solo residenti a Padova) è pari a 5,04 (95% IC 4,32-5,88), z=20,63, p<0.0001. Invece, il risk ratio che confronta la media del periodo 2015-2020 (192) e la media del periodo 2023-2024 (1324) (solo residenti a PD) è uguale a 6,89 (95% IC 5,93-8,013), z=25,198, p<0.0001.

Grafico V: Numero di ricoveri in pediatria.



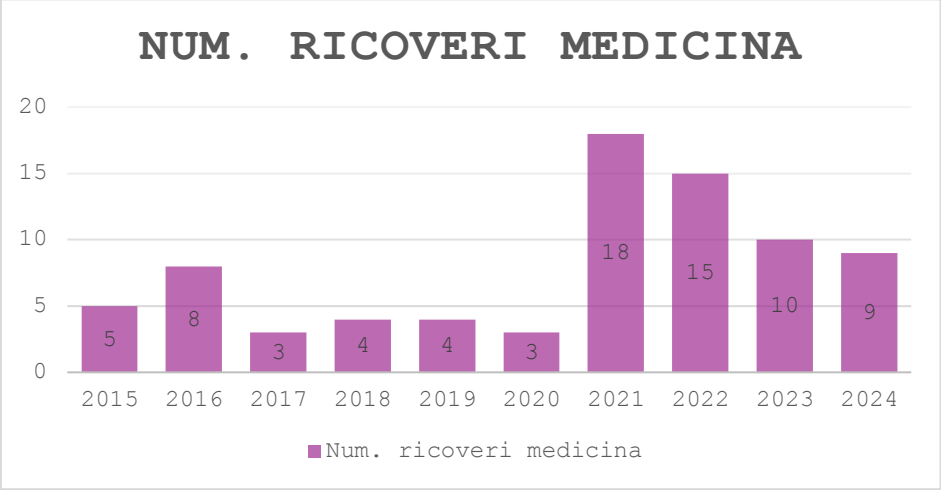
Nel grafico V sono illustrati i dati inerenti al numero di ricoveri presso il Dipartimento Salute Donna e Bambino. Dal 2015 al 2020 il numero di ricoveri rimane per lo più stabile. Nel 2021-2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione dei ricoveri pediatrici, non sovrapponibile però ai numeri antecedenti alla pandemia da COVID-19.

Grafico VI: Giorni di ricovero in pediatria.

Nel grafico VI sono riportati i dati relativi ai giorni di ricovero presso il reparto di pediatria. Dal 2015 al 2018 il numero di giorni rimane per lo più stabile. Nel 2019-2020 cresce moderatamente, raggiungendo un picco dal 2020 al 2023. Nel 2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non

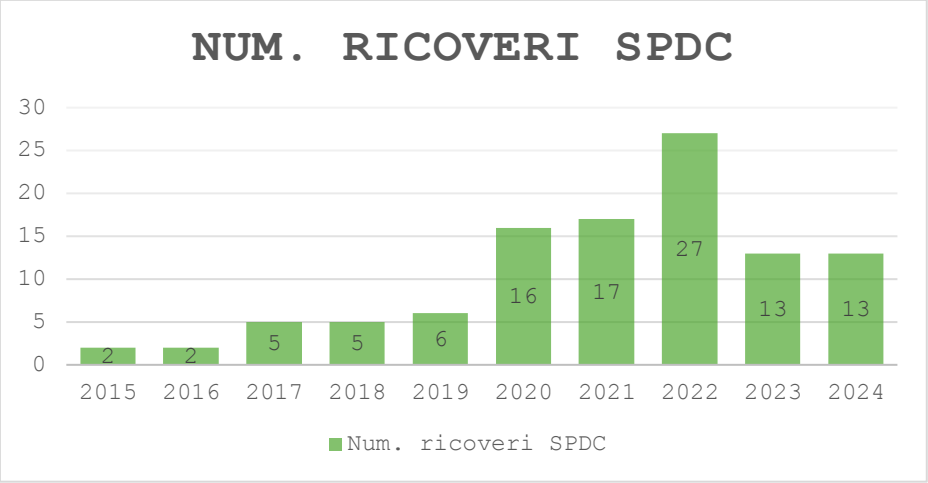
scende però al numero di giorni pre-COVID-19.

Grafico VII: Numero di ricoveri in reparto medico.



Nel grafico VII sono esposti i dati relativi al numero di ricoveri presso il reparto medico. Dal 2015 al 2020 il numero di ricoveri rimane approssimativamente stabile. Nel 2021-2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non arriva però ai numeri pre-pandemici.

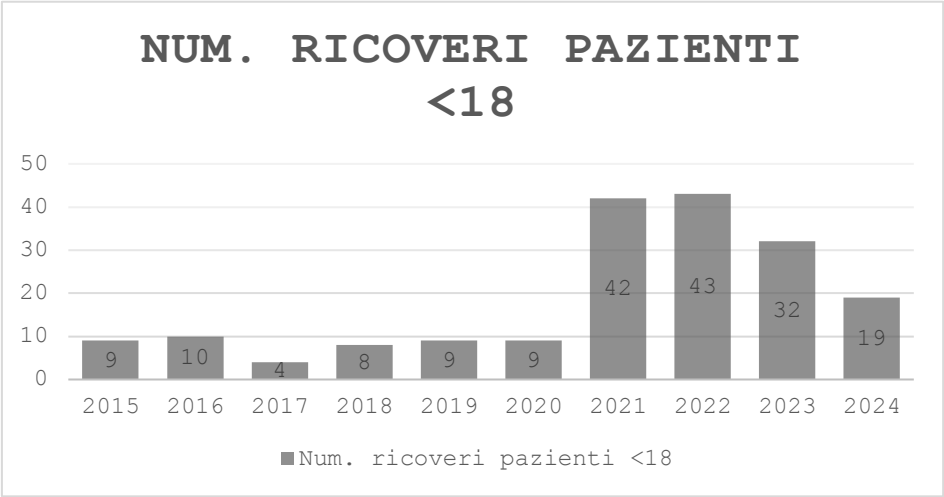
Grafico VIII: Numero di ricoveri presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.



Nel grafico VIII sono illustrati i dati inerenti al numero di ricoveri presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Padova. Dal 2015 al 2019 il

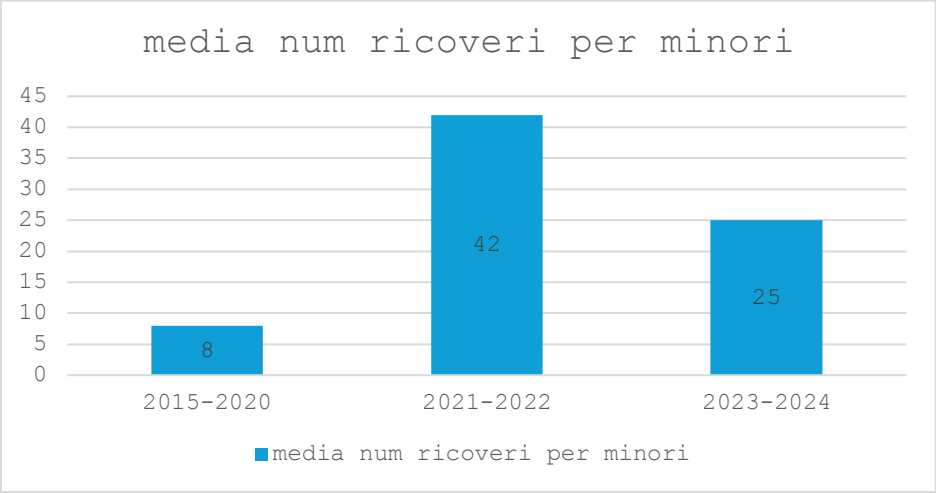
numero di ricoveri cresce moderatamente, innalzandosi ulteriormente nel 2020-2021. Nel 2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non è però sovrapponibile ai numeri antecedenti alla pandemia da COVID-19.

Grafico IX: Numero di ricoveri per pazienti minorenni.



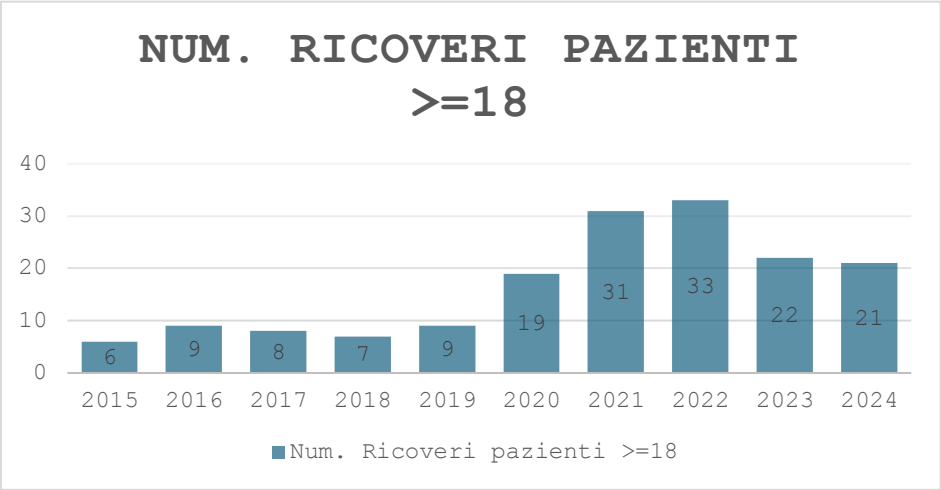
Nel grafico IX sono riportati i dati riguardanti il numero di ricoveri per pazienti minorenni. Dal 2015 al 2020 il numero di ricoveri rimane approssimativamente stabile. Nel 2021-2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non scende però ai numeri pre-pandemici. Allo scopo di effettuare una valutazione statistica di queste variazioni negli anni abbiamo effettuato un confronto tra la media dei ricoveri nel periodo pre-pandemico (2015-2020), la media nel periodo pandemico 2021-2022 ed infine il periodo 2023-2024 (vedi grafico X).

Grafico X: Media numero di ricoveri per pazienti minorenni.



Nel grafico X sono riportati i dati riguardanti la media del numero di ricoveri per pazienti minorenni. Dal 2015 al 2020 la media è uguale a 8 ricoveri all'anno. Nel 2021-2022 quintuplica a 42. Nel 2023-2024 si abbassa a 25, senza arrivare ai livelli antecedenti alla pandemia da COVID-19. Il risk ratio del numero di ricoveri per minori, confrontando la media del periodo 2015-2020 (8) e la media del periodo 2021-2022 (42) è pari a 5,25 (95% IC 2,46-11,18), z=4,30, p<0.0001. Invece, il risk ratio che confronta la media del periodo 2015-2020 (8) e la media del periodo 2023-2024 (25) è uguale a 3,12 (95% IC 1,41-6,93), z=2,81, p=0.0025.

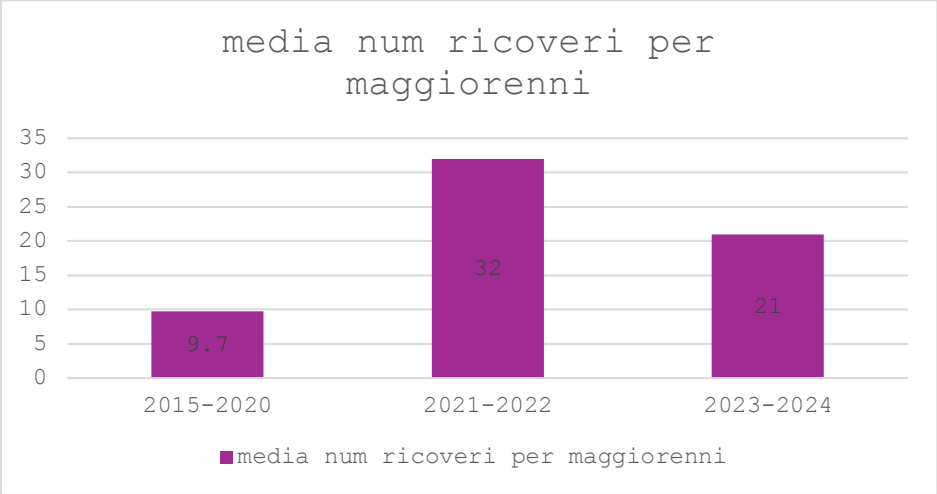
Grafico XI: Numero di ricoveri per pazienti maggiorenni.



Nel grafico XI sono esposti i dati inerenti al numero di ricoveri per pazienti maggiorenni. Dal 2015 al 2019 il numero di ricoveri cresce

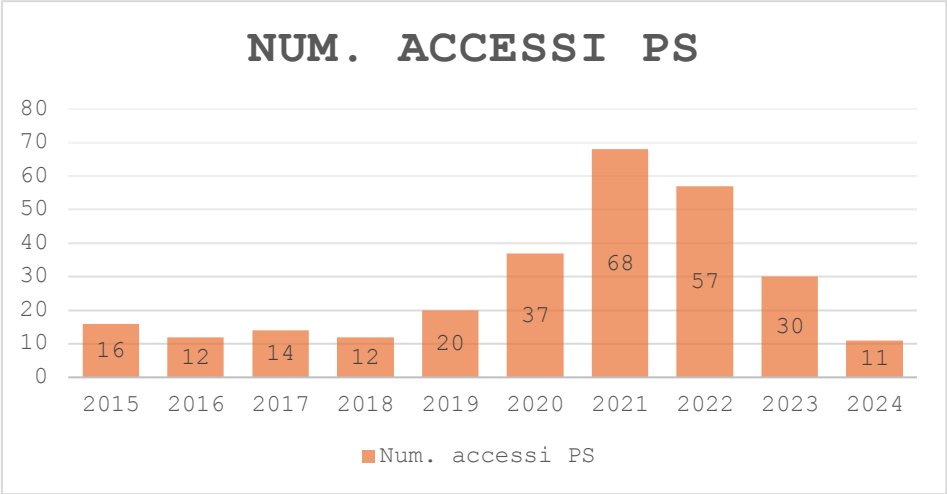
moderatamente, con un ulteriore innalzamento nel 2020. Nel 2021-2022 il numero raggiunge un picco, mentre nel 2023-2024 si assiste ad una parziale diminuzione, che non scende però ai numeri antecedenti alla pandemia da COVID-19. Allo scopo di effettuare una valutazione statistica di queste variazioni negli anni abbiamo effettuato un confronto tra la media dei ricoveri nel periodo pre-pandemico (2015-2020), la media nel periodo pandemico 2021-2022 ed infine il periodo 2023-2024 (vedi grafico XII).

Grafico XII: Media numero di ricoveri per pazienti maggiorenni.



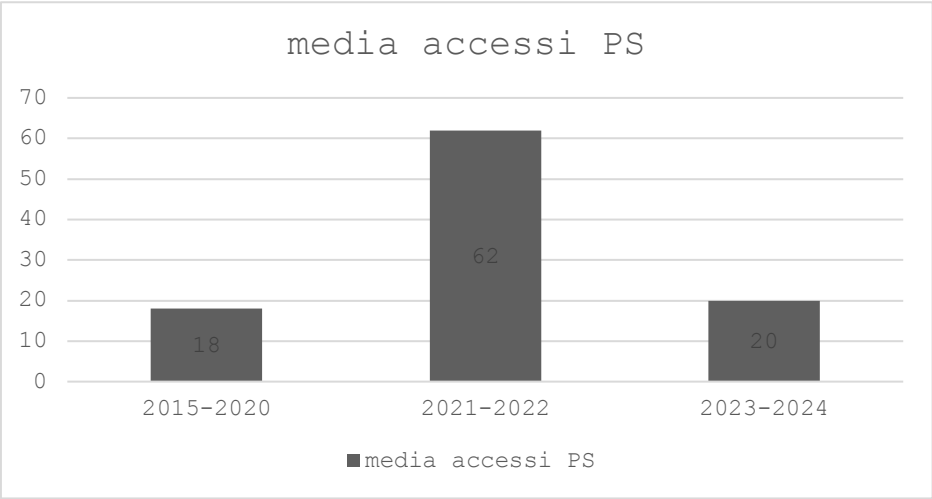
Nel grafico XII sono riportati i dati riguardanti la media del numero di ricoveri per pazienti maggiorenni. Dal 2015 al 2020 la media è uguale a 9,7 ricoveri all'anno. Nel 2021-2022 triplica a 32. Nel 2023-2024 si abbassa a 21, senza arrivare ai livelli antecedenti alla pandemia da COVID-19. Il risk ratio del numero di ricoveri per pazienti maggiorenni, confrontando la media del periodo 2015-2020 (9,7) e la media del periodo 2021-2022 (32) è pari a 3,36 (95% IC 1,70-7,45), z=3,36, p<0.0004. Invece, il risk ratio che confronta la media del periodo 2015-2020 (9,7) e la media del periodo 2023-2024 (21) è uguale a 2,33 (95% IC 1,07-5,09), z=2,12, p=0.017.

Grafico XIII: Numero di accessi al Pronto Soccorso.



Nel grafico XIII sono illustrati i dati relativi al numero di accessi in Pronto Soccorso. Dal 2015 al 2018 il numero di accessi rimane approssimativamente stabile. Nel 2019-2020 cresce moderatamente, raggiungendo un picco nel 2021-2022. Nel 2023-2024 si assiste ad una diminuzione, con un ritorno ai numeri pre-COVID-19. Allo scopo di effettuare una valutazione statistica di queste variazioni negli anni abbiamo effettuato un confronto tra la media dei ricoveri nel periodo pre-pandemico (2015-2020), la media nel periodo pandemico 2021-2022 ed infine il periodo 2023-2024 (vedi grafico XIV).

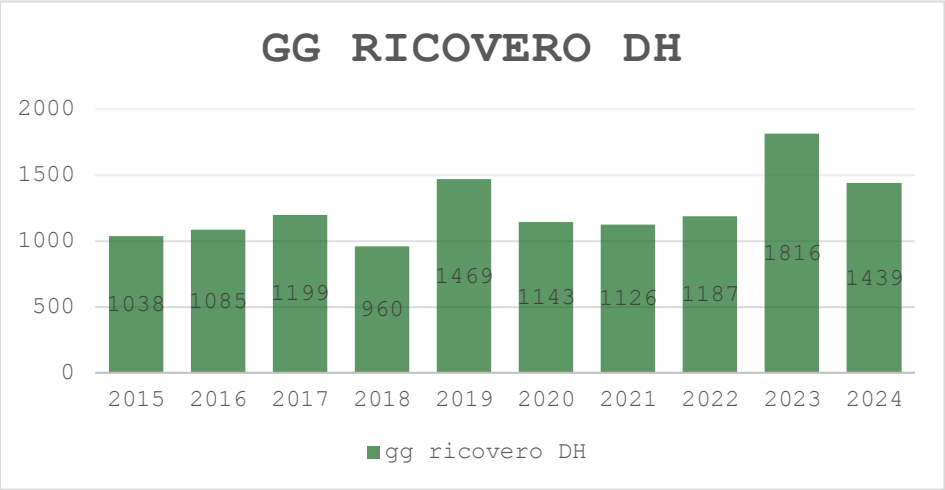
Grafico XIV: Media accessi in Pronto Soccorso.



Nel grafico XIV sono esposti i dati inerenti alla media degli accessi in Pronto Soccorso. Dal 2015 al 2020 la media è uguale a 18 accessi all'anno. Nel 2021-2022 triplica a 62. Nel 2023-2024 la media si abbassa a 20, valore simile ai livelli pre-COVID-19. Il risk ratio degli accessi in PS, confrontando la media del periodo 2015-2020 (18) e la media del periodo 2021-2022 (62) è pari a 3,44 (95% IC 2,04-5,82), z=4,62, p<0.0001. Invece, il risk ratio che confronta la media del periodo 2015-2020 (18) e la media del periodo 2021-2022 (20) è uguale a 1,11 (95% IC 0,59-2,10), z=0,32, p=0,37 (NS).

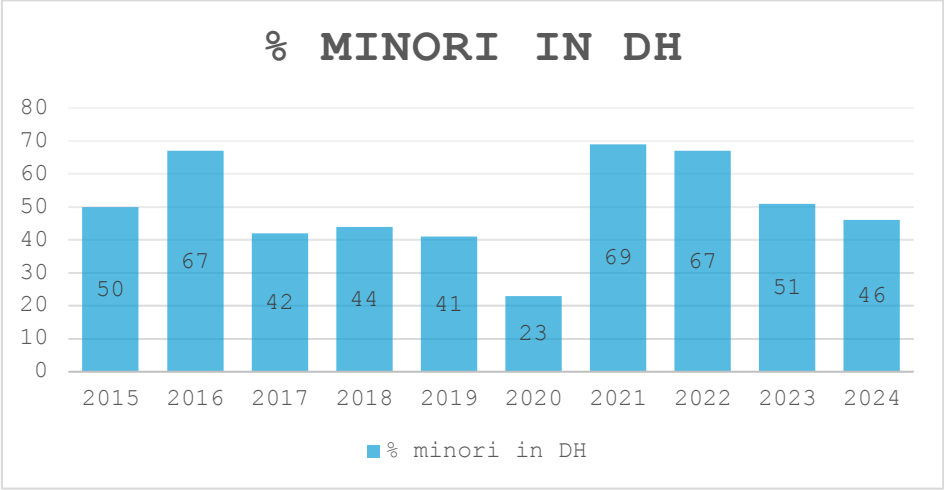
4.2 Attività ambulatoriale e in Day Hospital

Grafico XV: Numero di giorni di ricovero in Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione.



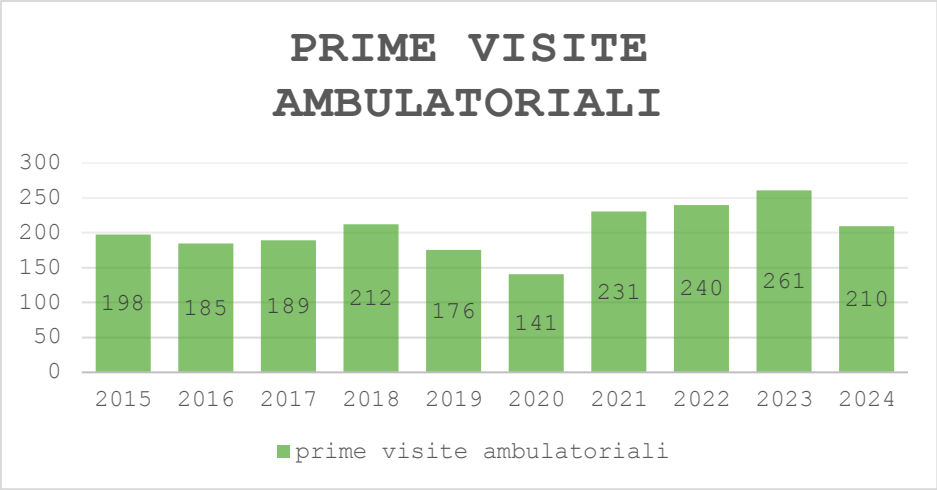
Nel grafico XV sono riportati i dati riguardanti i giorni di ricovero in Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione. Il numero di giorni di ricovero riabilitativo ha un andamento diverso rispetto a quello dei ricoveri acuti. Questo è dovuto al fatto che il numero di posti letto in DH riabilitativo (che di routine è 8) dipende dal personale presente. Nel 2018 per esempio vi era stata una carenza di personale, mentre nel 2023 un finanziamento ministeriale ha permesso di ampliare il numero di posti letto.

Grafico XVI: Percentuale di pazienti minorenni in Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione.



Nel grafico XVI sono esposti i dati inerenti alla percentuale di minori nel Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione. La percentuale ha una certa variabilità, ma mediamente sembra esserci un aumento della percentuale nel periodo post-pandemico rispetto al periodo pre-pandemia.

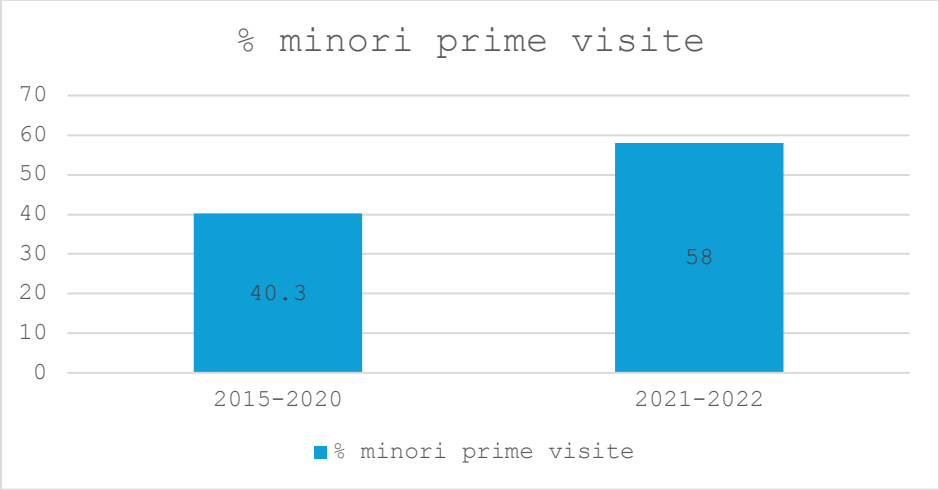
Grafico XVII: Prime visite ambulatoriali.



Nel grafico XVII sono riportati i dati relativi al numero di prime visite ambulatoriali. Dal 2015 al 2019 il numero di prime visite rimane per lo più stabile. Nel 2020 si ha una diminuzione (descritta in gran parte delle

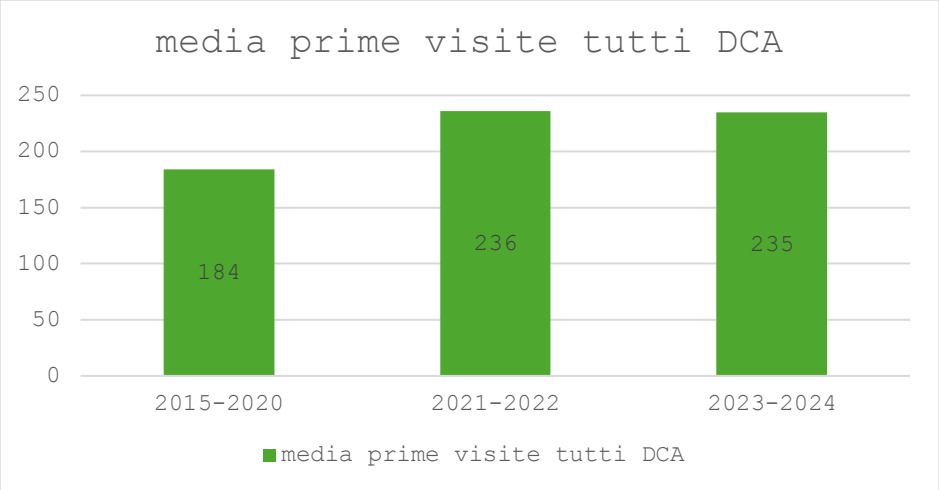
attività ambulatoriali dell'Azienda e dovuta alla fase acuta della pandemia). Dal 2021 al 2023 si assiste ad un innalzamento di prime visite ambulatoriali, mentre nel 2024 si ha una lieve diminuzione.

Grafico XVIII: Percentuali di pazienti minorenni alle prime visite.



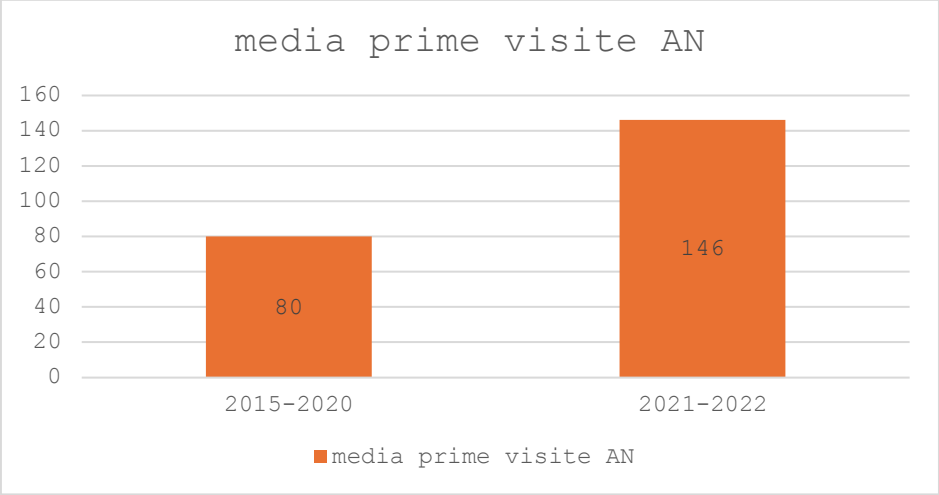
Nel grafico XVIII sono esposti le percentuali di pazienti minorenni alle prime visite. Dal 2015 al 2020 la percentuale è pari a 40.3%. Nel 2021-2022 la percentuale si innalza a 58%. Il risk ratio, confrontando la media del periodo 2015-2020 (40,3%) e media del periodo 2021-2022 (58%) è pari a 1,445 (95% IC 1,25-1,67), z=4,91, p<0.0001. I dati 2023 e 2024 non sono disponibili per mancanza di validazione delle diagnosi e quindi non confrontabili del dato.

Grafico XIX: Media delle prime visite per disturbi dell'alimentazione.



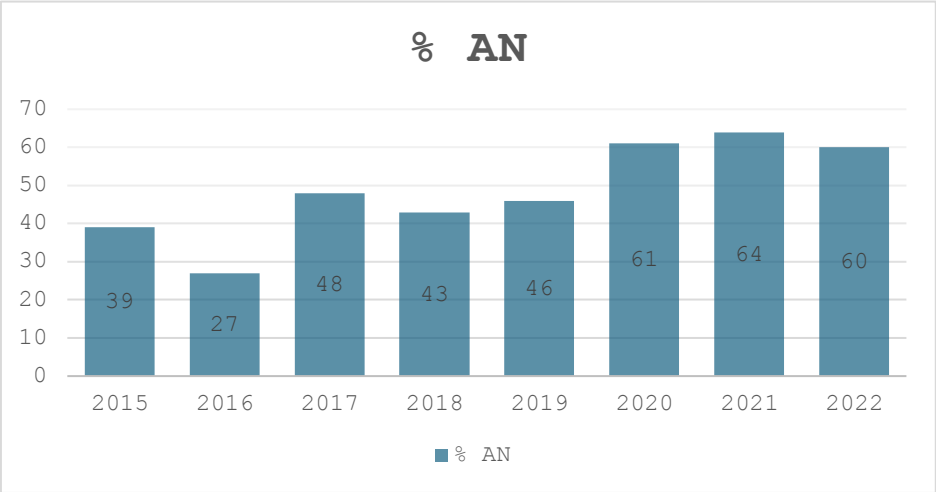
Nel grafico XIX sono illustrati i dati relativi alla media delle prime visite per disturbi dell'alimentazione. Dal 2015 al 2020 la media è pari a 184 visite all'anno. Nel 2021-2022 e nel 2023-2024 si innalza ulteriormente a 236 e 235, rispettivamente. Il risk ratio, confrontando la media del periodo 2015-2020 (184) e la media del periodo 2021-2022 (236) è pari a 1,28 (95% IC 1,06-1,55), z=2,54, p=0.005. Invece, il risk ratio che confronta la media del periodo 2015-2020 (184) e la media del periodo 2021-2022 (235), è uguale a 1,28 (95% IC 1,05-1,55), z=2,50, p=0.006.

Grafico XX: Media delle prime visite per anoressia nervosa.



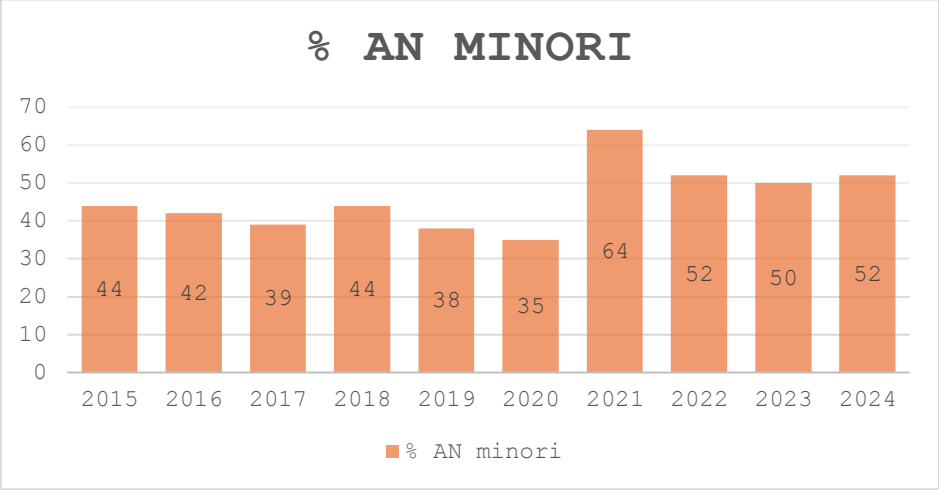
Nel grafico XX sono riportati i dati riguardanti la media delle prime visite per anoressia nervosa. Dal 2015 al 2020 la media è uguale a 80 prime visite all'anno. Nel 2021-2022 quasi raddoppia a 146. Il risk ratio, confrontando la media del periodo 2015-2020 (80) e la media del periodo 2021-2022 (146) è uguale a 1,825 (95% IC 1,39-2,40), z=4,32, p<0.0001. I dati del 2023 e del 2024 non sono disponibili per mancanza di validazione delle diagnosi e quindi non confrontabili del dato.

Grafico XXI: Percentuale di pazienti affetti da anoressia nervosa sul numero totale delle prime visite.



Nel grafico XXI sono esposti i dati riguardanti la percentuale di pazienti affetti da anoressia nervosa sul numero totale di prime visite svolte presso il Centro Regionale per i disturbi dell'alimentazione. Dal 2015 al 2019 il numero cresce moderatamente. Nel periodo pandemico e post-pandemico, la percentuale è mediamente più elevata rispetto al periodo pre-pandemia. Sfortunatamente il dato 2023 e 2024 non è ancora disponibile per capire se tale aumento è costante nel tempo.

Grafico XXII: Percentuale di pazienti minorenni affetti da anoressia nervosa.



Nel grafico XXII sono illustrati i dati inerenti alla percentuale di pazienti minorenni tra le pazienti con diagnosi di anoressia nervosa. Dal 2015 al 2020 la percentuale rimane per lo più stabile. Nel 2021 si ha un picco nella percentuale di pazienti minorenni affetti da anoressia nervosa. Dal 2022 al 2024 la percentuale diminuisce, senza arrivare ai numeri pre-pandemici.

5. DISCUSSIONE

Lo scopo del nostro studio era l'analisi dei dati relativi a ricoveri urgenti, accessi al Pronto Soccorso e richieste di trattamento presso il Centro Regionale per i disturbi dell'alimentazione dell'Azienda Ospedale Università di Padova nel periodo successivo alla pandemia da Covid19. Il nostro studio conferma quanto riportato dalla letteratura riguardo all'aumento dei casi di anoressia nervosa che richiedono un accesso in Pronto Soccorso o un ricovero urgente negli anni che seguono la pandemia. Nel proseguire della fase post-pandemica (anni 2023 e 2024) sembra esserci una diminuzione dei casi, ma mentre per gli accessi al Pronto Soccorso si assiste ad un ritorno alla normalità, non è così per i ricoveri urgenti che rimangono significativamente di numero maggiore rispetto alla fase pre-pandemia.

I dati mostrano una significativa variazione nel numero e nei giorni di ricovero, presso l'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova, nei tre periodi analizzati. Nel quinquennio 2015-2020 si osserva un incremento lieve dei ricoveri, seguito da un picco nel biennio 2021-2022. Nel periodo 2023-2024, il numero di ricoveri diminuisce, ma non scende ai livelli pre-pandemici. Queste osservazioni confermano quanto riportato in letteratura per gli anni immediatamente successivi alla pandemia, mentre sono ancora carenti dati relativi al proseguo della fase post-pandemica. I dati della letteratura confermano sia un aumento del numero di ricoveri (Herpertz-Dahlmann et al., 2022), sia un aumento della gravità dei casi (che spiega il più alto numero di ricoveri) (Devoe et al., 2022). In uno studio sui dati amministrativi della più grande compagnia di assicurazione tedesca, dove sono stati inclusi bambini e adolescenti con una diagnosi di anoressia nervosa, è stato registrato un aumento del 40% nei tassi di ricovero tra il 2019 e il 2021 per il sesso femminile (Herpertz-Dahlmann et al., 2022). Dati aggregati provenienti dai database di CINHAL, Embase,

MEDLINE e PsycINFO tra il 2019 e il 2021, mostrano un aumento medio del 48% nelle ammissioni ospedaliere per pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione in diversi Paesi del mondo. Questo incremento potrebbe essere attribuito a molteplici fattori, tra cui anche il peggioramento dei sintomi correlati ai disturbi dell'alimentazione e le difficoltà di accesso ai trattamenti, a causa delle restrizioni pandemiche (Devoe et al., 2022). Non è noto invece se questo aumento corrisponda anche ad un incremento dell'incidenza di casi, come molti studiosi ipotizzano, soprattutto per quanto riguarda i casi ad esordio precoce.

In una ricerca sistematica nelle banche dati biomediche italiane, dal gennaio 2020 al gennaio 2021, è stata riscontrata una prevalenza complessiva pari al 65% del peggioramento clinico nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. Più della metà dei partecipanti ha riportato sintomi di depressione e ansia. Inoltre, almeno il 75% degli individui con disturbo dell'alimentazione, ha riferito un peggioramento delle preoccupazioni per la forma fisica e l'alimentazione, e un aumento dei pensieri riguardanti l'esercizio fisico (Sideli et al., 2021). In uno studio del 2020 sui database di 5,2 milioni di cartelle sanitarie di individui per lo più statunitensi con età inferiore ai 30 anni, si è riscontrato come rispetto ai pazienti diagnosticati con un disturbo dell'alimentazione nei tre anni precedenti, quelli diagnosticati durante la pandemia sono stati a maggior rischio di tentare il suicidio (0,89% vs. 0,52%) e di avere ideazioni suicidarie (6,3% vs. 4,8%) (Taquet et al., 2021).

I pazienti affetti da anoressia nervosa sono andati incontro durante l'isolamento, a perdita di controllo con difficoltà nell'accesso ai cibi "sicuri", un aumento dell'ansia e dello stress, un'esacerbazione di pensieri e comportamenti negativi legati al disturbo dell'alimentazione, come per esempio l'aumento dell'esercizio fisico compensatorio (Hunter et al., 2021). In un'indagine epidemiologica, tramite la banca dati nazionale delle dimissioni ospedaliere francesi, si è riscontrato nel periodo pandemico 2020-2021 tra le pazienti di età compresa tra i 20 e i 29 anni, un aumento significativo dei ricoveri per anoressia nervosa associati ad

una diagnosi di autolesionismo. Inoltre, le ospedalizzazioni per le pazienti affette da anoressia nervosa e comportamenti autolesionistici, sono rimaste elevate nelle pazienti di età compresa tra i 10 e i 19 anni, sia nel periodo pre-pandemico tra il 2018 e l'inizio del 2020 e sia nel periodo post pandemico. (Chauvet-Gelinier et al., 2022)

Dai dati raccolti presso l'Azienda Ospedale Università di Padova, emerge che, mentre i ricoveri sono aumentati o rimasti stabili nel 2020 (anno della pandemia), le visite ambulatoriali hanno registrato un calo nello stesso anno in linea con quanto osservato nella maggior parte delle attività ambulatoriali e specialistiche di tipo ambulatoriale. Questo fenomeno è verosimilmente legato all'incremento della paura e dell'ansia per il rischio di contagio da SARS-CoV-2 che ha spinto molte persone a non recarsi alle visite programmate (molte della quali sono state svolte in telemedicina) o a ritardare le richieste di prima visita. È importante osservare che, mentre molte attività ambulatoriali mediche nella fase della pandemia sono state sospese su indicazione delle direzioni sanitarie e degli uffici regionali per limitare il contagio, ciò non è avvenuto per gli ambulatori e per le strutture psichiatriche (incluso il DH del Centro Regionale) per l'importanza di poter offrire sostegno psicologico e psichiatrico in una fase così critica. Presso il Centro Regionale di Padova, negli anni successivi alla pandemia il numero delle prime visite ambulatoriali aumenta, sia nel biennio 2021-2022 sia nel biennio 2023-2024. L'aumento nel primo periodo potrebbe far pensare ad un "recupero" delle visite perse nella fase emergenziale della pandemia, mentre il fatto che l'aumento perduri sottolinea che non si tratta solo di questo, ma di un forte e duraturo impatto a livello psicologico della situazione emergenziale e delle conseguenti misure restrittive che hanno probabilmente slatentizzato, in persone vulnerabili, lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione.

A differenza di quanto osservato per i ricoveri urgenti e per le prime visite, l'analisi delle consulenze urgenti svolte presso il Pronto Soccorso, mostra

che gli accessi hanno mostrato un picco nel 2021-2022, seguito da una diminuzione nel periodo 2023-2024. Questo fenomeno potrebbe essere spiegato dal fatto che nel biennio 2023-2024, l'attività del Centro Regionale è stata rafforzata grazie ad un finanziamento ministeriale dedicato, che ha permesso l'aumento delle prime visite e delle attività ambulatoriali con conseguenze positive sulle liste di attesa e un miglioramento della risposta alle problematiche emergenti per le quali non è stato quindi necessario il ricorso al pronto soccorso.

Analizzando le caratteristiche demografiche e diagnostiche degli utenti, emerge un aumento della percentuale di pazienti minorenni nel periodo post-pandemico, sia per quanto riguarda le prime visite ambulatoriali che i ricoveri ospedalieri. Questi risultati potrebbero confermare l'ipotesi di una progressiva diminuzione negli anni dell'età di insorgenza dei disturbi dell'alimentazione, in particolare nell'anoressia nervosa. Questa tendenza era già stati evidenziata in studi antecedenti alla pandemia, in particolare in uno studio condotto proprio presso il Centro Regionale di Padova su un campione consecutivo di 1.666 soggetti con anoressia nervosa e 793 soggetti con bulimia nervosa (secondo i criteri del DSM-IV) nel periodo tra il 1985 e il 2008, in cui si è visto come l'età di esordio stesse già diminuendo nelle generazioni più recenti (Favaro et al., 2009).
Anche uno studio su una coorte di pazienti pediatrici con diagnosi di disturbo dell'alimentazione presso l'Ospedale Universitario di Canarias tra il 2017 e il 2023, si conferma la tendenza crescente dei disturbi dell'alimentazione ad un esordio più precoce, e ad uno stato nutrizionale e di peso corporeo più compromesso (Murray Hurtado et al., 2024)
Infine, nella casistica del nostro studio, le analisi mostrano una maggior prevalenza di casi di anoressia nervosa, in particolare tra i giovani, rispetto alle altre diagnosi di disturbi dell'alimentazione. Tale maggior prevalenza è aumentata durante la pandemia da COVID-19, mantenendosi elevata anche nel periodo post-pandemico.

6. CONCLUSIONI

Dai risultati del presente studio, si può dedurre che anche nella nostra Regione, la pandemia di COVID-19 e le misure restrittive adottate abbiano determinato un aumento significativo nel numero e nei giorni totali dei ricoveri urgenti per pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione e un aumento delle richieste di presa in carico. L'aumento di consulenze urgenti, osservato nei primi due anni della fase post-pandemica è invece rientrato negli anni successivi.

Per quanto riguarda la precocizzazione dell'età di esordio dei disturbi dell'alimentazione, che era un fenomeno già in atto in epoca pre-pandemica, è difficile stabilire se la pandemia da COVID-19 abbia avuto un ruolo "potenziatore" di questo fenomeno o se semplicemente il fatto che l'età di esordio sia in diminuzione abbia anche comportato un aumento di presentazioni più "acute" con una maggior richiesta di ricoveri urgenti rispetto al passato. L'entità dell'effetto sui ricoveri acuti fa pensare ad un ruolo della pandemia sulla gravità dei casi (in termini di presentazione acute) in tutte le età.

BIBLIOGRAFIA

[1] Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, Dimitropoulos G, Dominic A, Coelho JS. Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. AMA Netw Open. 2021. 4(12):e2137395.

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. 2013.

[3] Bailey E, Boland A, Bell I, Nicholas J, La Sala L, Robinson J. The Mental Health and Social Media Use of Young Australians during the COVID-19 Pandemic. Int J Environ Res Public Health. 2022. 19(3):1077.

[4] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020. 395(10227):912-920.

[5] Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, Felciai F, Monteleone AM, Ricca V. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. Int J Eat Disord. 2020. 53(11):1855-1862.

[6] Chaturvedi K, Vishwakarma DK, Singh N. COVID-19 and its impact on education, social life and mental health of students: A survey. Child Youth Serv Rev. 2021. 121:105866.

[7] Chauvet-Gelinier J, Roussot A, Vergès B, Petit J, Jollant F, Quantin C. Hospitalizations for Anorexia Nervosa during the COVID-19 Pandemic in France: A Nationwide Population-Based Study. J Clin Med. 2022. 11(16):4787.

[8] Cooper M, Reilly EE, Siegel JA, Coniglio K, Sadeh-Sharvit S, Pisetsky EM, Anderson LM. Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: an overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. Eat Disord. 2022. 30(1):54–76.

[9] Dalle Grave R. Come vincere i disturbi dell'alimentazione. 2th ed. Verona: Positive Press; 2017.

[10] Devoe DJ, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, Flanagan J, Paslakis G, Vyver E, Marcoux G, Dimitropoulos G. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. Wiley Periodicals LLC. 2022. 56(1):5-25.

[11] Farooq S, Tunmore J, Ali MW, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. Psychiatry Res. 2021. 306:114228.

[12] Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Physicians Postgraduate Press. 2009. 70(12):1715-21.

[13] Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in a General Population Sample. American Psychosomatic Society. 2003. 65(4):701-8.

[14] Favaro A, Sambataro F. Manuale di Psichiatria. Padova: Piccin; 2021.

[15] Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry. 2006. 63(1):82-8.

[16] Fernández-Aranda F, Casas M, Claes L, Bryan DC, Favaro A, Granero R, Gudiol C, Jiménez-Murcia S, Karwautz A, Le Grange D, Menchón JM, Tchanturia K, Treasure J. COVID-19 and implications for eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2020. 28(3):239-245.

[17] Gordon CM, Katzman DK. Lessons Learned in Caring for Adolescents With Eating Disorders: The Singapore Experience. J Adolesc Health. 2020. 67(1):5–6.

[18] Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villaseñor A, Yáñez S, Muñoz R, Martínez-Núñez B, Miguélez-Fernández C, Muñoz M, Faya M. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. Eur Eat Disord Rev. 2020. 28(6):864-870.

[19] Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Eckardt S. The youngest are hit hardest: The influence of the COVID-19 pandemic on the hospitalization rate for children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa in a large German representative sample. Eur Psychiatry. 2022. 65(1):e84.

[20] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry. 2020. 7(6):547–60.

[21] Hunter R, Gibson C. Narratives from within 'lockdown': A qualitative exploration of the impact of COVID-19 confinement on individuals with anorexia nervosa. Appetite. 2021. 166:105451.

[22] Kaplan, Sadock's. Feeding and eating disorders 15.1 Anorexia Nervosa. In: Synopsis of Psychiatry. 11th ed. 2015. p. 509–16.

[23] Kaplan, Sadock's. Feeding and eating disorders 15.2 Bulimia Nervosa. In: Synopsis of Psychiatry. 11th ed. 2015. p. 516–9.

[24] Koeze E, Popper N. The Virus Changed the Way We Internet. The New York Times. 2020.

[25] Magklara K, Kyriakopoulos M. The impact of the COVID-19 pandemic on children and young people. Psychiatriki. 2023. 34(4):265-268.

[26] Manchia M, Gathier AW, Yapici-Eser H, Schmidt MV, de Quervain D, van Amelsvoort T, Bisson JI, Cryan JF, Howes OD, Pinto L, van der Wee NJ, Domschke K, Branchi I, Vinkers CH. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. European Neuropsychopharmacology. 2022. 55:22–83.

[27] Meier K, Van Hoeken D, Hoek HW. Review of the unprecedented impact of the COVID-19 pandemic on the occurrence of eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2022. 35(6):353-361.

[28] Minozzi S, Saulle R, Amato L, Davoli M. Impatto del distanziamento sociale per COVID-19 sul benessere psicologico dei giovani: una revisione sistematica della letteratura. Recenti Progressi in Medicina. 2021. doi.org/10.1701/3608.3587

[29] Monteleone AM, Cascino G, Marciello F, Abbate-Daga G, Baiano M, Balestrieri M, Barone E, Bertelli S, Carpiniello B, Castellini G, Corrivetti G, De Giorgi S, Favaro A, Gramaglia C, Marzola E, Meneguzzo P, Monaco F, Oriani MG, Pinna F, Rania M, Redaelli CA, Renna C, Ricca V, Salvo P, Baldissera E, Segura-Garcia C, Todisco P, Volpe U, Zeppegno P, Monteleone P. Risk and resilience factors for specific and general psychopathology worsening in people with Eating Disorders during COVID-19 pandemic: a retrospective Italian multicentre study. Eat Weight Disord. 2021. 285:77-83.

[30] Monteleone AM, Marciello F, Cascino G, Abbate-Daga G, Anselmetti S, Baiano M, Balestrieri M, Barone E, Bertelli S, Carpiniello B, Castellini G, Corrivetti G, De Giorgi S, Favaro A, Gramaglia C, Marzola E, Meneguzzo P, Monaco F, Oriani MG, Pinna F, Rania M, Renna C, Ricca V, Salvo P, Segura-Garcia C, Scarabel F, Todisco P, Volpe U, Zeppegno P, Monteleone P. The impact of COVID-19 lockdown and of the following “re-opening” period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms. Journal of Affective Disorders. 2021. 285:77-83.

[31] Murray Hurtado M, Martín Rivada A, Pestano García S, Ramallo Fariña Y. Influence of the COVID-19 pandemic on the incidence of eating disorders. An Pediatr (Engl Ed). 2024. 101(1):21-28.

[32] Muth L, Leven KH, Moll G, Kratz O, Horndasch S. Effects of the COVID-19 Restrictions on Eating Behaviour and Eating Disorder Symptomology in Female Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2022. 19(14):8480.

[33] Nisticò V, Bertelli S, Tedesco R, Anselmetti S, Priori A, Gambini O, Demartini B. The psychological impact of COVID-19-related lockdown measures among a sample of Italian patients with eating disorders: a preliminary longitudinal study. Eat Weight Disord. 2021. 26(8):2771-2777.

[34] Ramsey N, Obeidallah M, Abraham A. Impact of COVID-19 on adolescent health and use of social media. Curr Opin Pediatr. 2023. 35(3):362-367.

[35] Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller Tyszkiewicz M, Linardon J, Courtet P, Guillaume S. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. Int J Eat Disord. 2020. 53(7):1166–70.

[36] Sideli L, Lo Coco G, Bonfanti RB, Borsarini B, Fortunato L, Sechi C, Micali N. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. Eur Eat Disord Rev. 2021. 29(6):826-841.

[37] Skafle I, Nordahl-Hansen A, Quintana DS, Wynn R, Gabarron E. Misinformation About COVID-19 Vaccines on Social Media: Rapid Review. J Med Internet Res. 2022. 24(8):e37367.

[38] Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. Br J Psychiatry. 2021. 220(5):1-3.

[39] Vall-Roqué H, Andrés A, Saldaña C. The impact of COVID-19 lockdown on social network sites use, body image disturbances and self-esteem among 72 adolescent and young women. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021. 110:110293.

[40] Vardi I, Hamdan S, Zalsman G, Stukalin Y. The effect of the COVID-19 pandemic and school closures on self-harming and suicidal behaviors in

adolescents: A comprehensive meta-analysis. Suicide Life Threat Behav. 2025. 55(1):e13156.

[41] Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, Song R. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. JAMA Pediatr. 2020. 174(9):898–900.

[42] Zhou C, Qin X, Yan L, Jiang Y, Yu X. Global trends in COVID-19. Infectious Medicine. 2022. 1(1): 31-39