

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze

Sezione di Psichiatria

Direttore: Ch.ma Prof.ssa Angela Favaro

Tesi di Laurea

**Trattamento semiresidenziale nell'anoressia
nervosa: uno studio di esito**

Relatrice: **Chiar.ma Prof.ssa Angela Favaro**

Laureando: **Simone Fano**

Anno Accademico 2023-2024

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE.....	1
1. EPIDEMIOLOGIA.....	2
1.1 Incidenza.....	2
1.2 Età.....	3
1.3 Sesso.....	3
1.4 Fattori di rischio.....	3
2. PRESENTAZIONE CLINICA.....	3
2.1 Anoressia nervosa.....	3
2.2 Bulimia nervosa.....	4
3. DECORSO CLINICO.....	4
3.1 Anoressia nervosa.....	4
3.2 Bulimia nervosa.....	5
3.3 Disturbo da binge eating.....	5
4. COMPLICANZE.....	6
5. TRATTAMENTO.....	6
5.1 Linee di indirizzo.....	6
5.1.1 Obiettivi generali.....	7
5.1.2 Modello organizzativo.....	7
5.1.3 Valutazione clinica.....	8
5.1.4 Obiettivi clinici.....	8
5.1.5 Livelli di intervento.....	9
5.2 Percorso terapeutico.....	10
5.2.1 Trattamento psicologico.....	10
5.2.2 Riabilitazione nutrizionale.....	11
5.2.3 Trattamenti farmacologici.....	12
5.2.4 Trattamenti innovativi.....	13
5.3 Percorsi assistenziali.....	13
5.3.1 Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.....	13
5.3.2 Secondo livello: terapia ambulatoriale specialistica.....	14
5.3.3 Terzo livello: terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno.....	14
5.3.4 Quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale (day hospital).....	15
5.3.5 Quinto livello: ricovero ordinario.....	18

6. TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE	21
6.1 Caratteristiche	21
6.2 Efficacia trattamento semiresidenziale	24
6.3 Day hospital nel post-ricovero	25
STUDIO SPERIMENTALE.....	27
7. Scopo dello studio	27
8. Materiale e metodi.....	27
8.1 Campione	27
8.2 Misure.....	28
8.2.1 Valutazione clinica	28
8.2.2 Questionari autosomministrati	29
8.2.3 Valutazione neuropsicologica	34
8.3 Analisi statistica	40
RISULTATI.....	41
9. Confronto pazienti prima e dopo trattamento semiresidenziale	41
9.1 Valutazione totale	41
9.2 Valutazione in base al CGI	43
10. Confronto pazienti prima del trattamento semiresidenziale e al follow-up di un anno	46
11. Fattori predittivi di esito trattamento semiresidenziale.....	48
DISCUSSIONE.....	51
12. Pregi e limiti dello studio.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	56

RIASSUNTO

Introduzione

L'anoressia nervosa (AN) è un severo disturbo del comportamento alimentare (DCA) il cui trattamento richiede strutture e personale specializzati, organizzati in più livelli d'intervento. I pazienti con forme moderate-severe spesso necessitano di trattamento intensivo che può essere erogato in regime residenziale o semiresidenziale (Day Hospital). Lo scopo dello studio è quello di valutare l'efficacia del trattamento Day Hospital (DH) andando a considerare il miglioramento o peggioramento di alcune variabili cliniche e neuropsicologiche correlate alla malattia nei pazienti trattati in tale assetto. Si è inoltre andati a indagare l'associazione tra queste e altre variabili, misurate prima del trattamento semiresidenziale, e l'esito dello stesso per verificare se esse possono rappresentare fattori predittivi di esito nel contesto del DH.

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato su un campione di 97 pazienti con diagnosi di anoressia nervosa trattati presso il Day Hospital di Padova. A tutti i pazienti è stato misurato il BMI pre- e post-trattamento e sono stati somministrati un'intervista clinica, una serie di questionari (Eating Disorders Inventory, Symptom Check List-90, Body Awareness Questionnaire, Body Checking Questionnaire, Childhood Retrospective Perfectionism Scale, Edinburgh Handedness Inventory, Scala Multidimensionale del Sostegno Sociale Percepito, State Trait Anxiety Inventory, Social Comparison Scale, Rosemborg Self Esteem Scale, Submissive Behavior Scale, Temperament and Character Inventory e Clinical Impairment Scale) e una batteria di test per misurare le abilità neurocognitive (Wisconsin Card Sorting Test, Figura Complessa di Rey-Osterrieth, Reading the Mind with the Eyes Test, Iowa Gambling Task, Stop Signal task, Test puzzle, Cognitive Bias Task, Mittenecker Pointing Test, Autobiographical Memory Task e test d'intelligenza TIB). Questi dati sono stati raccolti a inizio DH, fine DH e, quando possibile, al follow-up ad un anno dalla dimissione.

Tutti i pazienti sono stati inoltre valutati clinicamente tramite CGI all'ultima visita per dividerli in classi a seconda dell'esito del trattamento.

Risultati

Nel complesso il gruppo di pazienti post-DH presenta un miglioramento significativo sia dal punto di vista clinico che neuropsicologico ad eccezione dei dati riguardanti l'insoddisfazione corporea e il perfezionismo. Non c'è stato miglioramento neanche riguardo le abilità visuospatiali (test puzzle), la memoria autobiografica (Autobiographical Memory Task) e l'impulsività cognitiva (Stop Signal Task).

Nei pazienti in cui il trattamento non ha dato esiti ottimali in base al CGI si è riscontrato comunque un miglioramento del BMI, mentre il recupero neuropsicologico è stato molto più modesto.

I dati di confronto al follow-up ad un anno dalla dimissione evidenziano come vi sia un progressivo peggioramento sul piano neuropsicologico, in particolare per quanto riguarda le variabili psicologiche del test EDI.

Valutando le variabili pre-DH è emersa un'associazione tra la durata di malattia all'ingresso e l'esito del trattamento. Altre variabili che hanno dimostrato un'associazione significativa sono: social ranking, sostegno sociale percepito e livello di ansia.

Conclusioni

I dati raccolti confermano l'efficacia del Day Hospital come assetto terapeutico in pazienti affetti da anoressia nervosa in forma medio-grave. Questo studio evidenzia però come vi siano alcune aree, soprattutto sul versante psicologico, in particolare riguardanti l'insoddisfazione corporea e l'attenzione alla taglia del proprio corpo, su cui sembra necessario insistere maggiormente durante il trattamento.

Risulta inoltre importante mantenere i progressi ottenuti durante il Day Hospital nel lungo periodo, visto il peggioramento dei risultati di alcuni questionari (EDI, BAQ) a distanza di tempo e approfondire l'associazione tra alcune variabili pre-Day

Hospital e l'esito del trattamento per poter modificare in base ad esse la modalità di trattamento e in alcuni casi anche il livello di intervento.

ABSTRACT

Introduction

Anorexia nervosa (AN) is a severe eating disorder (ED) whose treatment requires specialized structures and personnel, organized across multiple levels of intervention. Patients with moderate to severe forms often require intensive treatment which can be provided in residential or semi-residential settings (Day Hospital). The aim of the study is to evaluate the effectiveness of Day Hospital (DH) treatment by considering improvements or worsening of certain clinical and neuropsychological variables related to the disease in patients treated in this setting. Additionally, the study investigates the association between these and other variables, measured before the semi-residential treatment, and the outcome of the treatment to determine if they can represent predictive factors of outcome in the DH context.

Methods

The study was conducted on a sample of 97 patients diagnosed with anorexia nervosa treated at the Day Hospital in Padua. All patients had their BMI measured before and after treatment and were administered a clinical interview, a series of questionnaires (Eating Disorders Inventory, Symptom Check List-90, Body Awareness Questionnaire, Body Checking Questionnaire, Childhood Retrospective Perfectionism Scale, Edinburgh Handedness Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, State Trait Anxiety Inventory, Social Comparison Scale, Rosenberg Self Esteem Scale, Submissive Behavior Scale, Temperament and Character Inventory and Clinical Impairment Scale) and a battery of neuropsychological tests (Wisconsin Card Sorting Test, Rey-Osterrieth Complex Figure, Reading the Mind in the Eyes Test, Iowa Gambling Task, Stop Signal Task, Puzzle Test, Cognitive Bias Task, Mittenecker Pointing Test, Autobiographical Memory Task and TIB intelligence test). These data were collected at the beginning of DH, end of DH and, when possible, at one year from discharge follow-up. All patients were also clinically evaluated using CGI at the last visit to divide them into classes based on treatment outcome.

Results

As a whole, post-DH patients shows significant improvement both clinically and neuropsychologically, except for data regarding body dissatisfaction and perfectionism. There was no improvement in visuospatial abilities (puzzle test), autobiographical memory (Autobiographical Memory Task) and cognitive impulsivity (Stop Signal Task).

In patients where treatment did not yield optimal outcomes according to CGI, an improvement in BMI was still found, while neuropsychological recovery was much more modest.

Comparison data at one year after discharge follow-up indicate a progressive worsening in neuropsychological aspects, particularly regarding psychological variables of the EDI test.

Evaluating pre-DH variables, an association emerged between the duration of illness at admission and treatment outcome. Other variables showing a significant association include social ranking, perceived social support and anxiety level.

Discussion

The data collected confirms the effectiveness of Day Hospital as a therapeutic setting for patients suffering from moderately to severe anorexia nervosa.

However, this study highlights how there are some areas, especially in the psychological domain, particularly regarding body dissatisfaction and attention to body size, where it seems necessary to emphasize more during treatment.

Furthermore, it is important to maintain the progress achieved during the Day Hospital in the long term, considering the worsening of the results on some questionnaires (EDI, BAQ) over time, and to explore the association between some pre-Day Hospital variables and treatment outcome in order to modify the treatment approach based on them and, in some cases, even the level of intervention.

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e nei giovani adulti dei Paesi occidentali. Essi sono caratterizzati da una persistente alterazione della condotta alimentare e dalla presenza di comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo, che possono arrecare danni alla salute fisica e compromettere in misura significativa il funzionamento psicosociale.

Essi comprendono l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN), il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder, BED) e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS) i cui criteri diagnostici sono definiti dall'International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)¹ sviluppato e aggiornato annualmente dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)² prodotto dall'American Psychiatric Association (ASA).

L'anoressia nervosa è caratterizzata da:

- consistente perdita di peso corporeo;
- intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso;
- disturbi della propria immagine corporea.

La bulimia nervosa si caratterizza per:

- ricorrenti episodi di abbuffate alimentari;
- comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi, l'uso improprio di diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
- stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.

Il disturbo da binge eating condivide con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, ma non le pratiche di compenso volte a impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono sviluppare una condizione di obesità.

I disturbi dell'alimentazione atipici e quelli non altrimenti specificati hanno caratteristiche cliniche simili all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma non soddisfano tutti i criteri richiesti per tali diagnosi.

Anche se queste malattie si presentano con diversi gradi di gravità, è frequente una scarsa consapevolezza del problema che rende difficile la richiesta di trattamento e aumenta il rischio di cronicizzazione. Anoressia nervosa e bulimia nervosa sono disturbi psichiatrici che presentano alti tassi di mortalità, sono spesso associati a complicanze mediche che comportano ingenti spese sanitarie e rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nelle giovani donne³. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso i disturbi alimentari tra le priorità per la salute mentale di bambini e adolescenti⁴.

1. EPIDEMIOLOGIA

1.1 Incidenza

I disturbi alimentari sono più diffusi nella popolazione femminile e hanno solitamente esordio in età adolescenziale: nelle giovani donne la prevalenza è stimata tra 0,2 e 0,9% per l'anoressia nervosa e 0,5 e 1,8% per la bulimia nervosa^{5,6}. Il disturbo da binge eating nella popolazione generale ha una prevalenza compresa tra 0,7% e 4,6%, ma risulta più frequente tra i soggetti obesi, con tassi di prevalenza che crescono con il grado di sovrappeso.

Gli studi epidemiologici recenti non confermano un aumento dell'incidenza di disturbi alimentari negli ultimi decenni: le osservazioni che si basano sui registri psichiatrici possono essere dovute a un miglioramento della capacità di individuare i casi da parte delle strutture sanitarie. Come per altre gravi patologie psichiatriche, solo una minoranza delle persone con disturbo alimentare viene diagnosticata e trattata: per l'anoressia nervosa si stimano percentuali tra 40% e 50% e per la Bulimia Nervosa percentuali più basse (11-40%); inoltre, molti casi arrivano all'osservazione del medico dopo una lunga durata di malattia.

1.2 Età

L'esordio si manifesta più spesso tra 15 e 19 anni sia nell'anoressia nervosa che nella bulimia nervosa. L'età di esordio di queste patologie è in diminuzione progressiva nelle generazioni più giovani.⁷

1.3 Sesso

Il rapporto femmine/maschi è di circa 15:1 per l'anoressia, di 30:1 per la bulimia e di 3:2 per il disturbo da binge eating.

1.4 Fattori di rischio

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono disturbi psichiatrici a eziologia complessa, in cui la predisposizione genetica interagisce con fattori di rischio ambientali, biologici, psicosociali e socioculturali. I fattori genetici determinano oltre il 50% della predisposizione individuale al disturbo.⁸ Un fattore significativamente associato a una maggior prevalenza di disturbi alimentari è il grado di urbanizzazione del luogo di residenza, in particolare per quanto riguarda la bulimia nervosa. I fattori interessati potrebbero essere la vita sedentaria e una diminuzione del lavoro manuale, la maggior disponibilità di cibo con elevato contenuto calorico e una maggiore pressione sociale alla magrezza. Infine, alcuni tipi di attività sembrano collegati al rischio di sviluppare un disturbo alimentare, come per danzatrici, atlete e studentesse universitarie.

2. PRESENTAZIONE CLINICA

2.1 Anoressia nervosa

L'esordio dell'anoressia è spesso graduale e insidioso con progressiva riduzione dell'introito alimentare. Nella maggior parte dei casi inizia con una dieta ipocalorica che si accompagna a un primo periodo di benessere soggettivo dovuto alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine e anche al sentimento di onnipotenza dato dalla capacità di controllare la fame. In questa fase la consapevolezza di malattia è scarsa e manca una richiesta di aiuto. In seguito le

preoccupazioni riguardo alla linea e alla forma del corpo diventano ossessive e la paura di ingrassare non diminuisce con la perdita di peso; è frequente il ricorso a esercizio fisico eccessivo con caratteristiche compulsive, il confronto continuo con lo specchio, con la taglia dei vestiti, con la bilancia. La maggior parte delle pazienti non riconosce il pericolo determinato dalla riduzione di peso, nemmeno quando viene chiaramente espresso dai medici, e manifestano disinteresse o aperta opposizione nei confronti del trattamento. L'anoressia nervosa presenta un'alta comorbilità psichiatrica soprattutto con disturbo depressivo maggiore, disturbi ossessivi compulsivi, disturbi d'ansia e dipendenza da alcool o da sostanze⁹⁻¹¹. La comorbilità tende a diminuire con il recupero ponderale.

2.2 Bulimia nervosa

L'esordio della bulimia nervosa si verifica in relazione a una forte restrizione alimentare o in seguito a un trauma emotivo in cui si manifestano difficoltà nel padroneggiare situazioni di perdita o di frustrazione. Le crisi bulimiche sono scatenate da stati di umore disforico, conflitti, eventi stressanti, sentimenti di vuoto e di solitudine. Durante o dopo le crisi bulimiche sono comuni esperienze di derealizzazione e depersonalizzazione. I comportamenti autolesivi sono frequenti e spesso correlati a una storia di abusi fisici e/o sessuali nell'infanzia¹². Alla persistente attenzione per l'aspetto e per le dimensioni corporee si aggiunge un'alimentazione molto irregolare che alterna digiuni protratti a crisi bulimiche con o senza vomito, seguite da sentimenti di autosvalutazione e di vergogna. I disturbi depressivi e l'abuso o la dipendenza da sostanze sono tra le comorbilità più frequenti.

3. DECORSO CLINICO

3.1 Anoressia nervosa

Nell'anoressia nervosa, gli studi di follow-up con durata superiore ai 10 anni rilevano una mortalità superiore a 10%. In studi di follow-up a più lungo termine la mortalità tende a essere più elevata (15-21%). In una recente meta-analisi è stata rilevata una mortalità standardizzata di 5,86 nell'anoressia nervosa, 1,93 nella

bulimia nervosa e 1,92 nei disturbi alimentari NAS. Le cause di morte più frequenti sono complicanze mediche come infezioni e alterazioni elettrolitiche, mentre il suicidio costituisce circa il 20% di tutti i decessi¹³.

Nel loro insieme gli studi di esito mostrano tassi di remissione piuttosto bassi nel breve periodo (circa 20-30%) che aumentano progressivamente con l'aumentare della durata del follow-up¹⁴.

Gli studi di follow-up a lungo termine mostrano buone percentuali di remissione (70-80%) nei pazienti con anoressia nervosa che hanno effettuato terapie ambulatoriali, mentre nelle pazienti più gravi che richiedono un trattamento residenziale i tassi di remissione sono più bassi. La diagnosi precoce è molto importante, in quanto è riconosciuto che una breve durata del disturbo costituisce un importante fattore prognostico positivo e di buona risposta al trattamento.

3.2 Bulimia nervosa

Nella bulimia nervosa, le percentuali di remissione sono abbastanza buone (70%), ma non variano molto dopo i 5 anni di osservazione. Questo suggerisce che una mancata risposta al trattamento nei primi anni di malattia comporti un maggiore rischio di cronicizzazione.

3.3 Disturbo da binge eating

Nel disturbo da binge eating i dati di follow-up a lungo termine sono controversi¹⁴: alcuni studi mostrano alti tassi di remissione anche a breve termine facendo pensare a un miglioramento più rapido dei sintomi rispetto alle diagnosi di anoressia nervosa e di bulimia nervosa, mentre altri mostrano tassi di remissione simili a quelli della bulimia nervosa.

Nell'insieme questi dati mostrano che almeno il 10-20% dei casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa non risponde in maniera adeguata al trattamento e sviluppa una situazione di cronicità che comporta un importante malfunzionamento sociale e lavorativo, oltre allo sviluppo di complicanze mediche e psichiatriche che necessitano di interventi sanitari.

4. COMPLICANZE

Le complicanze mediche sono molto frequenti, in particolare nell'anoressia. La loro presenza si deve mettere in relazione alla denutrizione e alla presenza di comportamenti di eliminazione (vomito autoindotto, abuso di lassativi e/o diuretici...). Le conseguenze della denutrizione riguardano quasi tutti gli organi e apparati del corpo umano: cuore, sistema emopoietico e immunitario, sistema endocrino e metabolico, sistema nervoso, rene, scheletro, cute e annessi, parotidi, sistema gastro-intestinale, fegato e pancreas. Buona parte delle modificazioni endocrine che si osservano, come per esempio l'amenorrea o la diminuita produzione di ormoni tiroidei, rappresentano un graduale adattamento a un introito energetico deficitario. Raramente o solo in fasi molto avanzate di malattia, le pazienti con anoressia vanno incontro a specifici deficit nutrizionali come carenze vitaminiche, deficit di aminoacidi o di acidi grassi essenziali. Le conseguenze dei comportamenti di eliminazione invece interessano per lo più il sistema gastro-intestinale, gli elettroliti, i fluidi corporei e la funzionalità renale. Di particolare importanza sono le complicanze legate alla rialimentazione che possono essere molto gravi e potenzialmente mortali. Infine, le giovani donne che hanno sofferto di anoressia nervosa sembrano avere maggiori difficoltà al concepimento e un tasso di maternità pari al 70% di quello delle donne sane¹¹, oltre ad una maggiore incidenza di complicanze perinatali e depressione post-partum.

5. TRATTAMENTO

5.1 Linee di indirizzo

Le linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi alimentari sono stabilite sulla base di linee guida e indicazioni internazionali. Alcune tra le principali sono:

- 1) le linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE);¹⁵
- 2) le linee guida dell'American Psychiatric Association;¹⁶
- 3) il documento MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa);¹⁷
- 4) le linee guida del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists;¹⁸

5) le linee guida della german society for Eating Disorders (DGEES).¹⁹

5.1.1 Obiettivi generali

Le linee guida sono basate sull'evidenza con gli obiettivi di¹⁹:

- supportare i professionisti coinvolti nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi alimentari nel decidere le misure di cura adeguate (prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza postoperatoria);
- migliorare gli outcome clinici;
- ridurre al minimo i rischi;
- aumentare la sicurezza e l'efficienza del trattamento;
- evitare metodi diagnostici e terapeutici non indicati.

In Italia nel 2012 si è svolta presso l'Istituto Superiore di Sanità la Conferenza Nazionale di Consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti, che ha portato alla pubblicazione di un Rapporto Istisan sul tema e a produrre raccomandazioni per una gestione appropriata dei DCA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche nelle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi.

5.1.2 Modello organizzativo

Il modello organizzativo raccomandato per la gestione dei DCA è multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato. Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo include sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico disturbo, dell'età, della gravità e complessità del decorso clinico e delle diverse fasi del percorso terapeutico. Il modello prevede che il livello ambulatoriale sia il fulcro della gestione del paziente e che vi siano altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti. Il documento propone una sintesi delle conoscenze attuali sui disturbi dell'alimentazione, che possa costituire un punto di riferimento per l'organizzazione dei servizi nelle Regioni italiane. A partire dai dati epidemiologici

e dai fattori eziopatogenetici vengono descritti i vari livelli di assistenza e i diversi tipi di intervento terapeutico.

5.1.3 Valutazione clinica

L'intervento terapeutico da praticare nei disturbi dell'alimentazione viene deciso sulla base di una valutazione clinica che prende in considerazione i seguenti elementi:

- il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità;
- le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica (diagnosi internistico-nutrizionale);
- il profilo psicopatologico e personologico del paziente, compresa la prevedibile aderenza alla cura (diagnosi psicologico-psichiatrica);
- l'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche;
- la storia di eventuali trattamenti precedenti;
- le dinamiche familiari e la situazione socio-ambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico).

Inoltre, come sottolineato dalla conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, l'intervento deve essere modulato in rapporto all'età del paziente. La valutazione deve essere interdisciplinare ed effettuata da un'equipe specialistica che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture adeguate.

5.1.4 Obiettivi clinici

Il livello minimo dell'appropriatezza dovrebbe avere i seguenti obiettivi:

- il ripristino di uno stato nutrizionale sano e di comportamenti alimentari fisiologici e salutari;
- l'interruzione dei comportamenti non salutari di controllo del peso;
- il supporto psicologico in merito alla possibilità di modificare i comportamenti alterati di nutrizione;
- l'identificazione e la gestione degli aspetti psicologici e relazionali della malattia;

- l'identificazione e il trattamento delle condizioni di comorbidità.

5.1.5 Livelli di intervento

La terapia dei disturbi dell'alimentazione richiede strutture e personale specializzati. Sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. Terapia ambulatoriale;
3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale;
4. Riabilitazione intensiva residenziale;
5. Ricoveri ordinari e di emergenza.

Questi livelli di intervento, descritti in dettaglio nel Quaderno della Salute n. 17/22²⁰, con le loro specificità strutturali e operative sono da considerarsi elementi di una rete assistenziale, che va articolata sia longitudinalmente sia trasversalmente. Longitudinalmente perché un paziente può avere bisogno, durante il decorso del disturbo dell'alimentazione, di interventi di riabilitazione nutrizionale assistenziali eterogenei in relazione all'andamento della malattia e alla presenza di complicanze internistiche e/o psichiatriche. Trasversalmente perché i pazienti con disturbi dell'alimentazione, in relazione al grado di comorbidità/fragilità/disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura (contesto ambulatoriale) e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi. Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

Riassumendo quindi due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato. Nell'équipe multidisciplinare possono essere incluse in modo variabile, in base al livello di intensità di cura, le seguenti figure professionali: medici (MMG, psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, internisti, pediatri, endocrinologi), dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e fisioterapisti;
- la molteplicità dei contesti di cura.

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

5.2 Percorso terapeutico

5.2.1 Trattamento psicologico

I trattamenti psicologici sono parte fondamentale del trattamento dei DCA. Nell'anoressia nervosa nei pazienti adulti non ci sono evidenze che un particolare trattamento psicoterapico sia più efficace di un altro²¹, tuttavia si è dimostrato che un trattamento specifico per il disturbo è più efficace di uno aspecifico²². E' quindi fondamentale la presenza di strutture e personale altamente specializzato. Nei pazienti in età adolescenziale il trattamento basato sulla famiglia (Family Based therapy, FBT) e la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E)²¹ per adolescenti sono le terapie supportate da evidenze e consigliate dalle linee guida NICE. La terapia basata sulla famiglia è utile nei pazienti più giovani che vivono all'interno di una famiglia integra. Si tratta di un intervento intensivo ambulatoriale della durata di un anno che promuove il controllo genitoriale della normalizzazione dell'alimentazione e del peso attraverso i pasti familiari dell'adolescente, migliorando allo stesso tempo il funzionamento familiare in relazione allo sviluppo adolescenziale. La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) promuove modificazioni del comportamento e mette in discussione le cognizioni distorte che caratterizzano la condizione di anoressia nervosa (distorsione corporea, scarsa autostima, eccessive preoccupazioni su alimentazione e forma fisica). La terapia cognitivo-comportamentale, inoltre, può essere utilizzata per migliorare la

prevenzione delle ricadute e per trattare eventuali sintomi ansiosi e depressivi, che spesso persistono dopo il miglioramento del quadro di Anoressia. La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E o enhanced-CBT), è stata recentemente proposta come possibile trattamento per l'anoressia nervosa. La terapia può variare nell'intensità della sua applicazione in modo da essere adattata sia a un setting ambulatoriale che a un setting di tipo riabilitativo-residenziale e propone di aggiungere alla tecnica CBT tradizionale, oltre a un supporto nutrizionale, alcuni moduli specifici che hanno lo scopo di migliorare specifiche aree di funzionamento, quali il perfezionismo, l'autostima, la regolazione delle emozioni, il funzionamento interpersonale, i problemi familiari²³.

Per la bulimia nervosa, ci sono forti evidenze a favore dell'uso della CBT ²⁴ e pertanto, in assenza di complicanze mediche e di comorbidità psichiatrica, l'intervento psicoterapeutico può essere l'unico intervento terapeutico utilizzato. La CBT è considerata il trattamento di elezione in quanto permette di sviluppare modelli di comportamento alimentare più regolari con la riduzione della restrizione alimentare, l'introduzione graduale dei cibi evitati, e di acquisire la capacità di affrontare le situazioni a rischio per la crisi bulimica o il vomito. La CBT si è dimostrata efficace non solo nel ridurre la sintomatologia alimentare, ma anche la psicopatologia associata. Tuttavia non in tutti gli studi, i miglioramenti sono mantenuti al follow-up, e si deve considerare che solo il 30-40% raggiunge una remissione completa.

Per quanto riguarda il disturbo da binge eating, i trattamenti psicoterapici che si sono rivelati utili nella bulimia nervosa hanno dimostrato una buona efficacia anche in questa diagnosi.

Nei soggetti con disturbi NAS l'uso della CBT-E, pur dimostrandosi efficace, non sembra migliorare significativamente le percentuali di guarigione¹¹.

5.2.2 Riabilitazione nutrizionale

Gli interventi nutrizionali possono essere attuati mediante diverse procedure, impiegate singolarmente o variamente combinate tra loro. È importante che l'intervento, qualunque sia la procedura adottata, venga iniziato quanto prima. Gli interventi nutrizionali comprendono il pasto assistito, i supplementi nutrizionali

orali e la nutrizione artificiale (in pazienti gravemente malnutriti). Il pasto assistito rientra in un programma di riabilitazione psiconutrizionale che prevede che il paziente sia assistito durante i pasti da un operatore (in genere lo psicologo o il dietista) per superare gli ostacoli che gli impediscono un'assunzione integrata di nutrienti. La nutrizione artificiale tramite sonda nasogastrica è un intervento medico che prevede il consenso informato del paziente; il ricorso a questo intervento in situazione di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) si può prendere in considerazione quando c'è un grave rischio per la sopravvivenza e va valutato con estrema attenzione.

Il calcolo dell'introito calorico è basato su età, genere, peso precedente all'insorgenza della malattia, livello di attività fisica e differenza tra peso attuale e peso da conseguire (anche se non esiste una definizione univoca di quest'ultimo).²⁵ I pazienti sottopeso affetti da disturbi dell'alimentazione dovrebbero essere aiutati a raggiungere un peso salutare, che dovrebbe soddisfare tutte e tre le seguenti condizioni: deve essere mantenuto senza una restrizione calorica; non è associato ai sintomi da malnutrizione e permette di avere una vita sociale.²⁶

5.2.3 Trattamenti farmacologici

Non ci sono evidenze di efficacia sull'uso di psicofarmaci nell'anoressia nervosa. In alcuni centri viene usata Olanzapina per i suoi potenziali effetti positivi sul recupero di peso, sulla riduzione dell'esercizio fisico eccessivo, dell'ansia relata all'alimentazione e sul funzionamento globale, sebbene gli studi effettuati non abbiano dato risultati promettenti. In generale le linee guida raccomandano di utilizzare terapie farmacologiche per la gestione di sintomi o disturbi in comorbilità che sono di ostacolo al trattamento della malattia. Nella bulimia nervosa le linee guida includono l'uso della Fluoxetina (60mg/die) come seconda linea in caso di scarsa efficacia della CBT. Vari studi hanno valutato gli effetti sul disturbo da binge eating di diversi trattamenti farmacologici (antidepressivi di seconda generazione, stimolanti del sistema nervoso centrale, anticonvulsivanti). A breve termine (non ci sono dati a lungo termine) la maggior parte dei farmaci testati determina maggiori livelli di perdita di peso, una riduzione simile degli episodi di abbuffata, e una maggiore riduzione della psicopatologia generale e dei disturbi dell'alimentazione rispetto al placebo.

5.2.4 Trattamenti innovativi

Studi recenti hanno esplorato nuove tecniche terapeutiche quali tecniche di riabilitazione cognitiva, tecniche di modificazione dei bias e tecniche di esposizione, ma ulteriori studi sono necessari per giungere a delle evidenze di efficacia.

5.3 Percorsi assistenziali

5.3.1 Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

Le aree potenziali di intervento da eseguire al primo livello di cura includono:

- la prevenzione;
- lo screening e la diagnosi precoce;
- la rilevazione dei segnali di allarme: grave perdita di peso, paura irragionevole di ingrassare, preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo, amenorrea da almeno tre cicli consecutivi, abbuffate o presenza di dieta ferrea, comportamenti frequenti di controllo del cibo e del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali;
- la comunicazione con il paziente e i familiari;
- l'identificazione dei nuovi casi;
- la valutazione del rischio fisico attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami bioumorali e strumentali;
- l'invio ai centri specialistici: Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta dovrebbero essere in rete e avere la possibilità di comunicare facilmente con il centro regionale di riferimento per i disturbi dell'alimentazione, per richiedere una valutazione specialistica se hanno accertato la presenza o hanno il sospetto di un disturbo dell'alimentazione in un loro assistito;
- il trattamento dei casi lievi mediante interventi motivazionali ed educativi o mediante auto-aiuto guidato;
- il follow-up.

5.3.2 Secondo livello: terapia ambulatoriale specialistica

La terapia ambulatoriale deve essere considerata quella di elezione per i soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione. I trattamenti più intensivi dovrebbero essere riservati ai casi (circa il 30%) che non rispondono al trattamento ambulatoriale o la cui acuzie non sia gestibile a questo livello. Il trattamento ambulatoriale include l'utilizzo di psicoterapie la cui efficacia è basata sull'evidenza (CBT), ma anche la gestione psicofarmacologica, la psicoeducazione, la riabilitazione nutrizionale e la gestione internistica, il supporto e la psicoeducazione dei familiari. I centri in grado di erogare questo tipo di terapia devono avere a disposizione diverse figure professionali che lavorano in modo integrato (psichiatra, psicologo, internista, nutrizionista, endocrinologo, dietista e infermiere professionale). Anche se la CBT ha una durata definita e standardizzata, il trattamento ambulatoriale nel suo complesso ha una durata variabile, che dipende dalla diagnosi e dalla gravità clinica, nonché dalla presenza di ricadute. In genere, si stima che il trattamento ambulatoriale dell'anoressia nervosa richieda almeno 12-24 mesi, mentre nella bulimia nervosa il trattamento dura dai 6 ai 12 mesi.

5.3.3 Terzo livello: terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno

Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard. Esempi includono pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso oppure pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto che non sono in grado di modificare le abitudini alimentari dopo alcune settimane di cura ambulatoriale standard.

In rari casi il trattamento può essere indicato come prima forma di cura. Esempi includono pazienti con lunga durata del disturbo dell'alimentazione che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti; pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i pasti; pazienti con grave riduzione dell'autostima i quali durante gli incontri di valutazione diagnostica affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza.

La terapia ambulatoriale intensiva è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

A differenza dei tradizionali trattamenti intensivi per i disturbi dell'alimentazione, come per esempio il ricovero o il day-hospital, che hanno l'obiettivo di ottenere il massimo cambiamento della psicopatologia specifica (es. normalizzare il peso e ridurre l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo), la terapia ambulatoriale intensiva è stata ideata per affrontare solo specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo). Una volta affrontati con successo questi ostacoli, il trattamento continua con la terapia ambulatoriale standard. In tal modo si evita il ricorso a trattamenti intensivi più costosi, come il day-hospital e il ricovero. Il trattamento può durare fino a un massimo di 12 settimane, ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili dello scarso progresso con la terapia ambulatoriale standard. I pazienti dovrebbero frequentare l'ambulatorio durante i giorni feriali dalle 13.00 alle 20.00 e il trattamento dovrebbe includere assistenza durante tre pasti al giorno; due sedute di psicoterapia individuale a settimana; due sedute con il dietista a settimana; una visita medica a settimana e incontri con i familiari o il coniuge (sempre nel caso degli adolescenti, solo se il paziente acconsente nel caso degli adulti), per discutere come creare un ambiente a casa che faciliti gli sforzi del paziente di mantenere i cambiamenti dell'alimentazione al di fuori dell'ambulatorio.

La terapia ambulatoriale intensiva ha due vantaggi rispetto al tradizionale trattamento in day-hospital: è meno costosa e consente al paziente di continuare ad affrontare il disturbo dell'alimentazione con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale standard, evitando così l'interruzione della relazione terapeutica.

5.3.4 Quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale (day hospital)

Può essere erogata in regime di day-hospital (DH), quando realizzabile logisticamente e qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, oppure

in regime ospedaliero. Nello specifico, ci sono quattro situazioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo ospedaliero:

- la mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo: solitamente si considera quando non si ha miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura ambulatoriale;
- la presenza di rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale: BMI < 15 kg/m²; rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane); elevata frequenza di vomito autoindotto; elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici; elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di BMI < 17,5 kg/m²;
- la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale: elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave; depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale; elevata impulsività o uso continuativo di sostanze;
- la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo ospedaliero dovrebbero essere adattati alle necessità del singolo paziente includendo i seguenti parametri:

- Situazione attuale: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia e alla disabilità;
- Outcome globale: esiti complessivi attesi oltre il termine del ricovero (es. raggiungere la remissione del disturbo dell'alimentazione; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi);
- Outcome funzionale: esito atteso al termine del ricovero, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità correlate con il disturbo dell'alimentazione, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale);
- Outcome specifici: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Per esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere

un riferimento a uso del paziente: raggiungere un indice di massa corporea superiore ai 19 kg/m² per i pazienti sottopeso; mantenere il peso nell'intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso; ridurre di 2 kg/m² l'indice di massa corporea nei soggetti obesi), migliorare la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione, migliorare la gravità clinica del disturbo dell'alimentazione, migliorare la sintomatologia psichiatrica generale.

Le aree di intervento specifico comprendono:

- Psicoterapia individuale per aumentare la consapevolezza del disturbo dell'alimentazione e affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo tramite due sedute individuali di 50 minuti a settimana;
- Psicoterapia di gruppo per affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione, affrontare la restrizione dietetica cognitiva, affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo mediante due incontri di 60 minuti a settimana;
- Gruppi psicoeducazionali per acquisire conoscenze sui disturbi dell'alimentazione, sui meccanismi di mantenimento dei disturbi e sulle strategie per affrontarli con due incontri di 60 minuti a settimana;
- Riabilitazione nutrizionale per affrontare la restrizione dietetica calorica e cognitiva e normalizzare lo stato di nutrizione. La riabilitazione nutrizionale si basa su diverse procedure di intervento, che possono essere combinate tra loro a seconda del quadro clinico nutrizionale e della compliance del paziente. Si può fare ricorso a pasti assistiti, supplementi nutrizionali orali, fino alla nutrizione artificiale (totale o di supporto, preferibilmente per via enterale). È da preferire quando possibile la riabilitazione nutrizionale con cibi naturali; alla nutrizione enterale e parenterale si associano infatti con maggiore frequenza complicanze mediche come la sindrome da refeeding e le infezioni. Se il paziente non aderisce al programma nutrizionale stabilito, va trasferito in un reparto per acuti
- Riabilitazione fisica per ottimizzare il recupero della massa magra mediante ginnastica medica per 30 minuti 2 volte a settimana;
- Gestione delle complicanze mediche/psichiatriche tramite valutazione medica giornaliera e eventuale terapia farmacologica;

Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, dovrebbe prevedere le tre seguenti procedure aggiuntive: incontri con la famiglia, gruppo adolescenti e scuola nell'ospedale.

La ricaduta dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui la natura stessa del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento del disturbo dell'alimentazione, la natura persistente della psicopatologia del DCA e la scarsa preparazione del paziente al post-ricovero. Risulta dunque fondamentale programmare in modo accurato il passaggio dalla terapia nell'unità di riabilitazione a quella nel centro ambulatoriale di riferimento. L'unità di riabilitazione deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute post-ricovero si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con frequenza bi-settimanale nel primo mese dopo la dimissione o almeno una visita settimanale e un contatto telefonico o via e-mail tra una visita settimanale e l'altra.

5.3.5 Quinto livello: ricovero ordinario

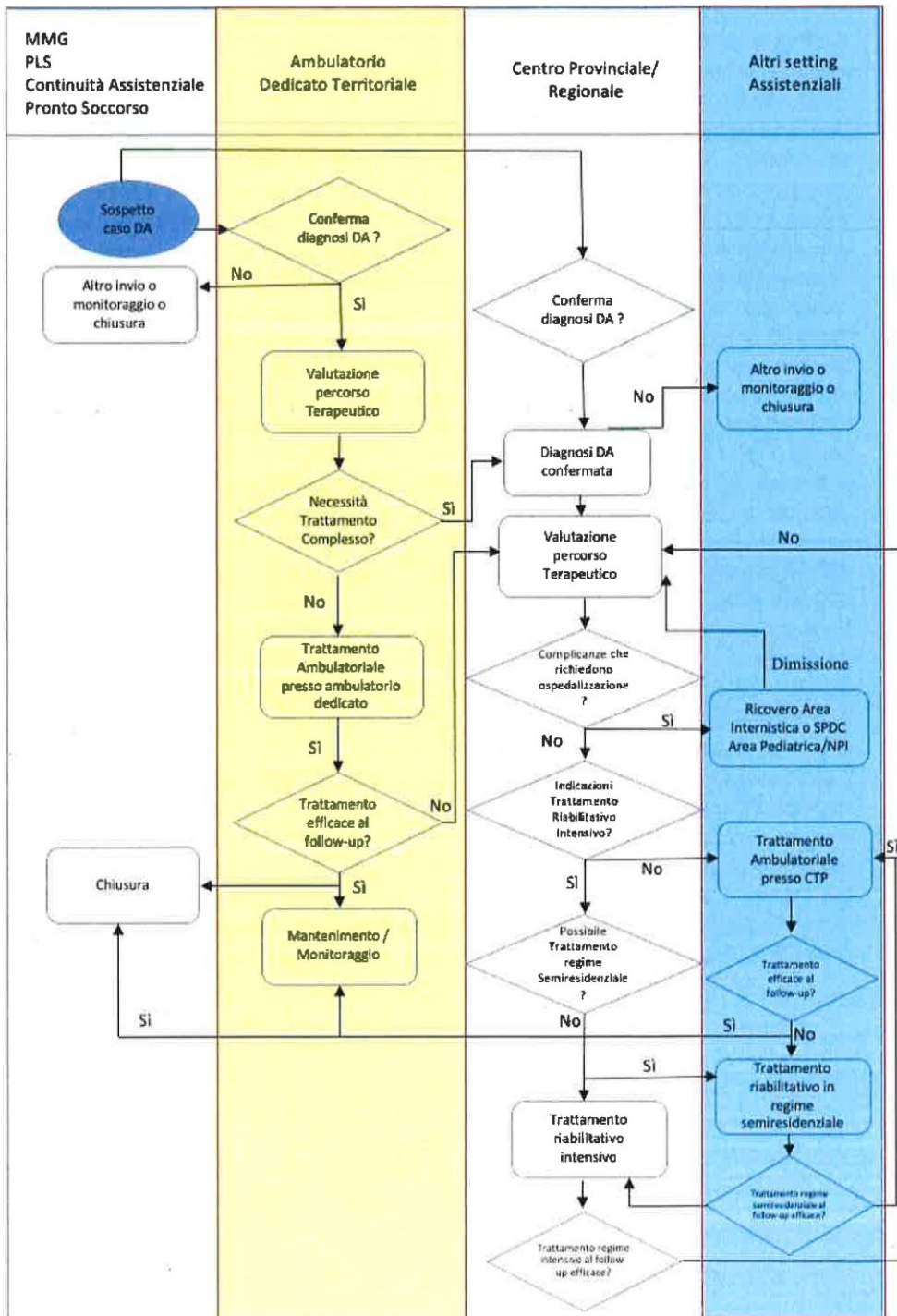
In alcuni pazienti con disturbo dell'alimentazione si può rendere necessaria un'ospedalizzazione in condizioni di acuzie, sia per il rischio medico sia per quello psichiatrico. Il ricovero in reparti internistici dovrebbe essere effettuato per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche (complicanze cardiovascolari, disidratazione, emoconcentrazione, ipoglicemia sintomatica, disfunzione multiorgano). Prima di iniziare l'intervento nutrizionale devono essere corretti gli squilibri idroelettrolitici. La rialimentazione deve privilegiare l'alimentazione per os, eventualmente associata a supplementi nutrizionali orali, in forma di formule liquide complete, che forniscono un apporto bilanciato di nutrienti. Nei soggetti gravemente malnutriti e con gravi complicanze fisiche, che non riescono ad accettare la rialimentazione orale o non sono in grado di raggiungere l'obiettivo ponderale concordato, vi è l'indicazione a un intervento di nutrizione artificiale, la nutrizione enterale con sondino nasogastrico rappresenta la via di scelta, perché più fisiologica, meno rischiosa e di più facile gestione

rispetto alla nutrizione parenterale con accesso venoso centrale. Quest'ultima dovrebbe essere evitata, per l'elevato rischio di infezioni da catetere e di pneumotorace. La nutrizione parenterale attraverso un accesso venoso periferico, invece, può essere utilizzata come temporaneo supporto nutrizionale. I principali limiti della nutrizione parenterale in vena periferica sono rappresentati dalla mancanza di accessi venosi adeguati e dalla durata limitata dell'intervento. Il ricovero in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) è motivato dalla presenza di gravi comorbidità psichiatriche: scompenso psicotico, eccitamento maniaco, grave depressione, suicidalità. In una minoranza di pazienti con anoressia nervosa, la negazione della malattia e della gravità delle condizioni fisiche, l'inflessibilità cognitiva, una paura di ingrassare incontenibile e un disturbo dell'immagine corporea pervasivo possono compromettere le capacità di giudizio e indurre al rifiuto del trattamento, anche in condizioni di grave rischio. Quando la salute fisica o la vita stessa del paziente sono in pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, con un'incrollabile resistenza a ogni tentativo di persuasione, è necessario considerare l'indicazione a un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Questo deve essere considerato come una risorsa terapeutica estrema, quando ogni altra possibilità terapeutica è stata esplorata, ma sia i medici sia i pazienti devono sapere che può e deve essere realizzato per proteggere i pazienti da possibili conseguenze fatali.

Sia nei reparti internistici sia nei reparti psichiatrici, la durata del ricovero dovrebbe essere limitata al tempo necessario a ottenere un livello minimo di stabilizzazione delle condizioni fisiche e psichiatriche del paziente. Poiché spesso dopo un ricovero può esserci il rischio di peggioramento, è necessario valutare attentamente il momento della dimissione e mettere in contatto il paziente o la sua famiglia con l'unità specialistica più vicina.

La regione Veneto con il Decreto n.16 del primo giugno 2021 ha approvato un PDTA per il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in cui ha fornito un flow chart (figura 1) relativo al percorso terapeutico da seguire.

Figura 1: PDTA Regionale Veneto per DCA



6. TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE

Il trattamento semiresidenziale (day hospital o centro diurno) riguarda solitamente pazienti clinicamente stabili che necessitano di trattamento intensivo e coinvolgimento in gruppi come raccomandato dalle linee guida dell'American Psychiatric Association²⁷ e del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)¹⁵.

Il DH si distingue dagli altri assetti terapeutici in quanto pur garantendo un trattamento intensivo i pazienti ritornano a casa e mantengono le loro relazioni sociali, permettendo anche un più facile trasferimento di quanto imparato in DH nella vita di tutti i giorni. D'altro canto, il trattamento semiresidenziale, per le sue caratteristiche, non protegge completamente i pazienti (negli orari in cui il trattamento non è attivo) dall'esposizione ai fattori di mantenimento (pressioni, magrezza, conflitti familiari, abitudini, etc...) quindi può non rivelarsi sufficiente o, comunque, richiedere tempi più lunghi di trattamento.

6.1 Caratteristiche

Nonostante questa modalità di trattamento sia tra le più diffuse non vi è una definizione precisa in letteratura degli standard e modalità di trattamento e dunque vi possono essere alcune differenze tra i vari centri a livello internazionale, ma anche nazionale.

Uno studio dell'Università di Torino²⁸ ha comparato le principali caratteristiche del programma del DH per i DCA di Torino con quelle di altri 10 programmi riguardanti centri di tutto il mondo riscontrando diverse analogie e differenze. Il trattamento più frequente è fondamentalmente quello basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (9/11) con una durata dello stesso molto variabile tra le 3 e le 39 settimane, con una frequenza media di 5 giorni alla settimana (anche se in alcuni centri può essere di 3, 4 o 7 giorni alla settimana). Il servizio DH di Torino offre un servizio dalle 8:30 alle 15:30 nei giorni feriali (lunedì-venerdì) per un percorso della durata di 6 mesi. La durata complessiva del trattamento generalmente però dipende, oltre che dalle linee guida del programma specifico offerto dalla struttura, anche dalle esigenze individuali del paziente. Lo scopo del trattamento è

quello di dimettere il paziente solo quando si è raggiunta una stabilità clinica, psicopatologica e di peso, dunque ci può essere una forte variabilità di durata anche tra paziente e paziente.

La terapia cognitivo comportamentale (CBT), specie nella sua forma migliorata (CBT-E) si è dimostrata la tecnica di psicoterapia più efficace nel trattamento dei disturbi alimentari, rispetto ad altre tecniche come la Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), la specialist supportive clinical management (SSCM) o altre¹⁵. La CBT-E ha dimostrato forti evidenze soprattutto per quanto riguarda la bulimia nervosa e il disturbo da binge eating²⁹, ma anche risultati incoraggianti per quanto riguarda l'anoressia nervosa³⁰ soprattutto in termini di velocità nel recupero del peso e di miglioramento psicopatologico. Per bambini e adolescenti invece anche in questo caso il trattamento più efficace è quello basato sulla famiglia.

Per quanto riguarda la riabilitazione psiconutrizionale la tecnica di riabilitazione più utilizzata è quella del pasto assistito. Il paziente assieme ad un operatore (lo psicologo, l'infermiere professionale o il dietista), che poi lo assisterà durante i pasti, costruisce un piano alimentare per superare gli specifici ostacoli che gli impediscono un'assunzione integrata di nutrienti. Il pasto assistito ha l'obiettivo finale di aiutare il paziente a riattribuire al cibo e ai pasti la loro funzione di nutrimento attraverso un sostegno emotivo nei confronti dell'ansia e delle paure generate dall'assunzione di cibo. Gli obiettivi generali di questa procedura sono la normalizzazione del comportamento alimentare (frequenza, quantità e qualità dei pasti); l'incremento e il mantenimento ponderale nei pazienti sottopeso; l'attenuazione dell'ansia e della paura nei confronti del cibo, l'interruzione di alcuni rituali alimentari (mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi), che ostacolano l'assunzione di pasti normali e il sostegno al paziente nella fase post-prandiale. Oltre agli obiettivi generali, si potranno definire obiettivi caso-specifici per percorsi terapeutici individualizzati. L'operatore che assiste i pasti deve applicare specifiche procedure per aiutare i pazienti a mangiare in caso di difficoltà. Queste includono l'educazione, il supporto, la distrazione e il decentramento dalle preoccupazioni e rituali associati al disturbo dell'alimentazione.

L'assistenza non deve diventare di tipo "poliziesco" e delatorio, ma essere finalizzata al dialogo e a creare un riferimento fiduciario per il paziente, mostrandogli interesse e rispetto. Il pasto assistito può essere rivolto sia al singolo che a gruppi di pazienti, a seconda delle necessità del setting terapeutico e delle necessità di personalizzazione dell'intervento. Per i membri del team terapeutico, inoltre il supporto al pasto è un'opportunità per sviluppare un rapporto con i pazienti e osservare i loro comportamenti alimentari.

La velocità con cui i pazienti recuperano il peso è variabile tra 500 e 1800 g a settimana, in quanto non esistono evidenze riguardo un target ottimale in tal senso. L'assunzione calorica dovrebbe essere solitamente all'inizio di 30-40 kcal/kg al giorno (circa 1.000-1.600 kcal/giorno). Durante la fase di aumento di peso, l'assunzione può essere aumentata progressivamente a 70-100 kcal/kg al giorno; tali valori vanno adeguati alle capacità e necessità del singolo soggetto, tenendo conto della presenza di comportamenti di vomito e del ritardo nello svuotamento gastrico. Per ottenere un recupero di peso settimanale medio di 0,5 kg è necessario creare un surplus di energia di circa 500 kcal al giorno. Le linee guida raccomandano di adottare una rialimentazione graduale nei pazienti con BMI < 16 kg/m², già malnutriti o con alimentazione quasi o del tutto assente nei 10 giorni precedenti il ricovero, o con bassi livelli ematici di potassio, fosforo o magnesio. In questi casi la rialimentazione dovrebbe iniziare con 10 kcal/kg/die, aumentando gradualmente l'introito calorico raccomandato ogni 4-7 giorni per arrivare a quello raccomandato di 30-40 kcal/kg/die. Nei pazienti con BMI < 14 Kg/m² o digiuno protratto per più di 15 giorni è raccomandato iniziare con un livello calorico di 5 kcal/kg/die.¹⁵

La terapia è essenzialmente focalizzata sulla sintomatologia alimentare e sulla percezione dell'immagine corporea grazie alle sedute settimanali con un dietologo e alle sedute di psicoterapia psicodinamica e tecniche cognitivo-comportamentali. In tutti i centri la terapia di gruppo (piccoli gruppi di 8-12 persone) riveste un ruolo indispensabile, così come il coinvolgimento dei familiari. Tra le differenze vi sono invece, oltre alla durata variabile del trattamento, la mancanza di un obiettivo di BMI da raggiungere.

Da questo studio si è dunque dedotta l'esistenza di due principali livelli di intensità nel trattamento DH:

- un primo livello con durata più breve focalizzato principalmente sulla risoluzione dei sintomi in pazienti solitamente con condizioni meno severe;
- un secondo livello con durata maggiore focalizzato sulle capacità relazionali dei pazienti, la comprensione psicodinamica dei sintomi e una modificazione più gradale del peso corporeo.

Ad ora non esistono evidenze sufficienti per affermare quale livello sia più funzionale.

6.2 Efficacia trattamento semiresidenziale

Uno studio olandese³¹ ha comparato gli outcome tra diversi setting di trattamento per stabilire quali fossero le caratteristiche ottimali per questa modalità di trattamento.

Per quanto riguarda la durata si è dimostrato più efficace un trattamento più prolungato; in quanto più breve è il periodo di stabilizzazione più è probabile che il paziente abbia una ricaduta. Tuttavia sarebbero necessari ulteriori dati per poter stabilire la durata ottimale di trattamento. Per quanto riguarda l'intensità del trattamento i risultati migliori si sono ottenuti con programmi da 5 giorni alla settimana mentre i programmi con meno ore e meno giorni si sono dimostrati meno efficaci.

L'efficacia del trattamento DH è stata valutata da diversi studi tra cui è da citare quello svolto dall'università di Torino che ha valutato i cambiamenti in termini di peso e funzionamento psicologico in pazienti con AN severa o di lunga data tra l'inizio del trattamento (T0), la fine del trattamento (EOT) e il follow-up dopo 12 mesi (T18).³² Il risultato è stato soddisfacente, nonostante il campione esaminato fosse ristretto (56 pazienti), con il 78% dei pazienti che ha riportato un outcome positivo EOT e il 68% positivo a T18. Questi risultati si sono dimostrati comparabili con quelli ottenuti in altri setting di trattamento per l'AN severa. Uno studio italiano retrospettivo³³ che ha comparato pazienti con caratteristiche simili che hanno svolto rispettivamente trattamento DH o ricovero ospedaliero tradizionale ha ottenuto dati

a favore del DH per quanto riguarda la velocità del recupero ponderale, la durata del trattamento e il miglioramento psicopatologico in diversi contesti della quotidianità (relazioni sociali, occupazionali, relazioni intime, stato mentale e difficoltà alimentari).

6.3 Day hospital nel post-ricovero

Diversi studi^{34,35} hanno provato a comparare gli outcome nei diversi setting di trattamento per l'anoressia nervosa con risultati da confermare, ma che tendono a non riscontrare differenze sostanziali in termini di recupero di peso (misurato mediante il BMI negli adulti e tramite %EBW nei bambini e adolescenti) e miglioramento psicopatologico tra ricovero prolungato e ricovero breve seguito da trattamento semiresidenziale.

A supporto di questo lo studio ANDI³⁶ si è occupato di seguire i pazienti trattati con queste due modalità per verificare che anche l'outcome ad un anno fosse comparabile e ne è risultato che il trattamento DH dopo ricovero breve (3 settimane) si è dimostrato non inferiore al ricovero prolungato in termini di recupero e mantenimento del peso (aggiustato per età e durata della malattia) durante il primo anno dalla dimissione. I pazienti del gruppo DH inoltre hanno riportato risultati migliori al Morgan and Russell Average Outcome Score (MRAOS)³⁷ che valuta cinque domini: introito alimentare e stato nutrizionale, mestruazioni, stato mentale, miglioramento psicosessuale e stato socioeconomico. La differenza principale riguardava il miglioramento dal punto di vista della salute mentale e del miglioramento psicosessuale. Anche il numero di eventi avversi severi correlati al trattamento si è dimostrato basso in entrambi i casi. Svolgere parzialmente o totalmente il trattamento semiresidenziale comporta inoltre una riduzione dei costi e, come dimostrato da uno studio tedesco, si associa ad un aumento della motivazione nei pazienti, ad una riduzione della sintomatologia depressiva e ad un aumento dell'abilità dei caregivers ad assistere i pazienti.³⁸ Questa modalità inoltre soddisfa maggiormente i pazienti, che infatti preferiscono essere seguiti più a lungo e avere un recupero ponderale più graduale.³⁹

Esistono dunque evidenze nella letteratura a supporto di trattamenti in setting meno restrittivi quando possibile; tuttavia sono necessari ulteriori studi a riguardo. È stato infatti eseguito uno studio⁴⁰ circa possibili fattori predittivi di successo o

fallimento riguardanti la transizione dal ricovero al DH che ha evidenziato come in pazienti con forme particolarmente severe di anoressia nervosa sia più indicato proseguire il ricovero ospedaliero per evitare ricadute immediate. In particolare il rischio di relapse si è dimostrato più alto in pazienti con lunga durata di malattia (>6 anni), amenorrea di lunga data (>2,5 anni) o con un BMI particolarmente basso al momento del ricovero (<16,5 kg/m²) o del passaggio al DH (<19). Nel 2020 lo studio DAISIES⁴¹ si era proposto di comparare queste due modalità di trattamento sia in termini di non inferiorità nell'outcome (sia per quanto riguarda il BMI che l'aspetto psicosociale e di sintomi/comorbidità), sia in un'ottica di costo-efficacia, che anche valutando l'esperienza dal punto di vista di pazienti, familiari e medici. Lo studio prevedeva di esaminare una popolazione di 386 pazienti permettendo una miglior standardizzazione sulla popolazione generale rispetto agli studi precedenti; tuttavia nel marzo 2022 venne interrotto per scarso reclutamento⁴².

STUDIO SPERIMENTALE

7. Scopo dello studio

Gli obiettivi del presente studio sono:

- valutare gli eventuali cambiamenti di alcune variabili cliniche e neuropsicologiche in un campione di pazienti affetti da anoressia nervosa durante il periodo di trattamento semiresidenziale e a distanza di un anno dalla dimissione;
- indagare l'associazione tra alcune variabili cliniche e neuropsicologiche, misurate prima del trattamento semiresidenziale, e l'esito dello stesso per verificare se esse possono rappresentare fattori predittivi di esito nel contesto del DH.

8. Materiale e metodi

8.1 Campione

Il campione dello studio è costituito da 97 soggetti con diagnosi di anoressia nervosa (AN) che hanno svolto trattamento semiresidenziale in regime di Day Hospital. I pazienti sono stati reclutati presso il Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

I criteri di inclusione dello studio sono:

- diagnosi di AN secondo i criteri del DSM-V;
- consenso informato per il trattamento dei dati firmato dai pazienti o dai tutori legali nel caso di pazienti minorenni;
- ricovero per un qualsiasi periodo di tempo nel DH di Padova per anoressia nervosa.

I criteri di esclusione sono:

- diagnosi principale di BN o di altri DCA.

8.2 Misure

8.2.1 Valutazione clinica

Tutti i pazienti che afferiscono al Centro regionale per i Disturbi dell'Alimentazione svolgono una valutazione iniziale che consiste in una intervista diagnostica strutturata (Intervista Strutturata per i Disturbi dell'Alimentazione - ISDA) che include la sezione per i disturbi dell'alimentazione della Structured Clinical Interview for DSM (SCID); un'intervista semistrutturata (Questionario per i Disturbi dell'Alimentazione - QDA) che raccoglie informazioni sul contesto sociale, la storia del peso e del comportamento alimentare, la suicidalità ed il funzionamento generale; e alcuni questionari autosomministrati elencati di seguito.

Al momento dell'ingresso in Day Hospital, alcuni dati clinici vengono aggiornati, vengono somministrati nuovamente alcuni questionari (poi ripetuti alla fine del percorso in DH: Eating Disorders Inventory, Hopkins Symptoms Check-list versione a 58 items e Body Attitudes Questionnaire) e viene effettuata una valutazione neuropsicologica.

In particolare, all'ingresso in DH sono stati raccolti dati relativi all'età di esordio, alla durata della malattia al momento dell'ingresso in DH (misurata in mesi), all'età al momento dell'ingresso in DH e al momento della dimissione e alla durata del ricovero in DH (espressa sia come giorni effettivi di presenza che come tempo totale tra ingresso e dimissione espresso in mesi). Sono stati inoltre raccolti i dati relativi all'indice di massa corporea (BMI espresso in kg/m^2) del paziente al momento dell'ingresso in DH e della dimissione. I dati sono riassunti nella tabella I.

Sono stati inoltre indagati i valori di BMI minimo e massimo nel corso della vita dei pazienti, l'iperattività fisica e la "weight suppression", ossia la differenza tra il BMI massimo mai raggiunto dal paziente e il BMI attuale riferito all'ultima visita, in quanto alcuni studi hanno rilevato un'associazione tra valori elevati di weight suppression e rischio di sviluppare bulimia nervosa o di rallentare la guarigione del DCA.

E' stato considerato anche lo stato sociale utilizzando un adattamento italiano della formula di Havighurst⁴³. Questa formula calcola la classe sociale attraverso lo stato professionale ed il livello di istruzione paterno e materno. Il risultato è un punteggio

che varia da 1 (classe sociale molto alta) a 6 (classe sociale molto bassa). Gli individui con un punteggio di 3 o inferiore sono stati considerati come appartenenti ad una classe sociale medio-alta o alta.

Tabella I: Dati clinici dei pazienti con AN

	Minimo	Massimo	Media (deviazione standard)
Età esordio AN	10	36	16,08 (3,20)
Durata malattia a ingresso DH (mesi)	3	131	22,78 (23,13)
Età all'ingresso	14,21	41,08	19,04 (4,54)
Età alla dimissione	14,85	41,44	19,50 (4,52)
Giorni effettivi DH	12	219	83,18 (41,12)
Tempo totale DH (mesi)	0,72	18,40	5,27 (3,04)
BMI all'ingresso	12,38	18,94	15,66 (1,45)
BMI alla dimissione	13,08	22,67	17,32 (1,78)

8.2.2 Questionari autosomministrati

Tutti i partecipanti allo studio sono stati valutati grazie alla somministrazione di alcuni questionari.

Eating Disorder Inventory (EDI)⁴⁴

EDI è un questionario autosomministrato che valuta la psicopatologia specifica collegata ai disturbi dell'alimentazione. Consiste in 3 scale di rischio del disturbo alimentare, cioè il desiderio di magrezza, la bulimia e l'insoddisfazione corporea, e altre variabili psicologiche generali ma relative ai disturbi alimentari come la consapevolezza introcettiva, l'ineffectiveness (inefficacia intesa come mancanza di realizzazione), il perfezionismo, le paure maturative e la sfiducia interpersonale. È composto da 64 quesiti con risposta graduata da 0 (mai) a 6 (sempre) secondo la scala Likert. Dall'analisi dei risultati per ciascuna sottoscala si ottiene un punteggio che tendenzialmente più è elevato più indica una condizione patologica.

Questo questionario è stato somministrato alla prima visita, all'inizio del DH e alla fine del DH.

Symptoms Check List 90 (SCL-90)⁴⁵

SCL-90 è un questionario autosomministrato che valuta la sintomatologia psichiatrica in modo generale, misurando sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) ed esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Attraverso 90 items indaga i disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana fornendo un punteggio che va da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) secondo la scala Likert. I risultati individuano le seguenti 10 dimensioni sintomatologiche: somatizzazione, ossessione-compulsione, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, collera-ostilità, fobie, ideazione paranoide, psicoticismo e disturbi del sonno, arrivando a coprire quasi interamente lo spettro psicopatologico. In questo studio sono stati presi in riferimento solo i primi 5 aspetti in quanto più rilevanti nei pazienti con DCA. Sulla base del punteggio totale ai 90 items, si può calcolare l'indice di gravità globale (Global Severity Index), cioè un indicatore globale dell'intensità del livello o della profondità del disagio psichico lamentato dal soggetto. Il GSI va da un minimo di 0 a un massimo di 4, se maggiore di 0,57 il risultato è considerato patologico.

Questo questionario è stato somministrato alla prima visita, e, in una forma abbreviata a 58 items, all'inizio e alla fine del DH.

Body Awareness Questionnaire (BAQ)⁴⁶

Il BAQ, chiamato anche Body Attitude Test (BAT), è un questionario autosomministrato usato per misurare in soggetti di sesso femminile l'esperienza corporea soggettiva e l'atteggiamento verso il proprio corpo. Il BAQ è composto da 20 item da valutare su una scala a 6 punti (0-5). Il punteggio totale massimo è 100. Più alto è il punteggio, più deviante è l'esperienza corporea. Gli item sono riferibili a tre sottoscale: mancanza di familiarità con il proprio corpo, insoddisfazione corporea generale e attenzione alla taglia del proprio corpo.

Questo questionario è stato somministrato all'inizio e alla fine del percorso in DH.

Eventi stressanti

Gli eventi stressanti (ES) vengono indagati mediante un'intervista semi-strutturata alla prima visita per verificare l'occorrenza di eventi stressanti nel periodo che precede l'esordio dei disturbi dell'alimentazione e/o eventuali traumi o gravi eventi

stressanti nel corso della vita. Oltre a riportare il numero di ES viene inoltre richiesto di valutarne la gravità assegnando un punteggio da 1 (assenza di stress significativo associato all'evento) a 5 (stress estremo). L'intervista include 14 categorie di eventi: morte di una persona cara, grave malattia di una persona cara, problemi giudiziari, problemi finanziari, aborto, insuccesso scolastico, licenziamento o retrocessione lavorativa o mobbing, separazione o divorzio dei genitori, violenza o abuso sessuale, rottura di una relazione affettiva o separazione, grave malattia fisica, grave conflittualità, trasloco in un'altra città, altri eventi stressanti o traumatici (ad esempio incidenti stradali, esposizione a disastri naturali).

Childhood Retrospective Perfectionism Scale (CHIRP Scale)⁴⁷

Il CHIRP è un questionario che valuta la presenza di comportamenti connessi alla personalità ossessivo-compulsiva nel periodo dell'infanzia (fino al compimento del dodicesimo anno di età). È composto da 20 domande con risposta sì/no e indaga la tendenza al perfezionismo (nell'ambito della scuola, della cura del proprio aspetto, dell'ordine e degli hobby), la rigidità e l'aderenza alle regole. Attribuisce infine un punteggio al perfezionismo globale, all'inflessibilità e al bisogno di ordine e simmetria. Viene somministrato alla prima visita.

Edinburgh Handedness Inventory⁴⁸

È una scala che valuta la lateralizzazione emisferica attraverso l'indagine dell'uso dominante di quattro parti del corpo umano: mano, piede, occhio e orecchio. Il valore può variare da -100 (totale dominanza emisferica destra, mancinità) a +100 (totale dominanza emisferica sinistra); punteggi fra -70 e +70 vengono interpretati come una lateralizzazione mista. Viene somministrato in concomitanza alla valutazione neuropsicologica

Scala multidimensionale del sostegno sociale percepito (MPSSS)⁴⁹

MPSSS è un questionario con 12 items a cui il paziente deve attribuire un punteggio da 1 a 7 che valuta quanto il paziente si sente sostenuto da familiari, amici e persone particolari. Se dalla somma dei punteggi si ottiene un valore tra 12-35 è indice di un basso livello di percezione del supporto sociale, se tra 36-60 medio livello e se 61-84 alto livello. Viene somministrato alla prima visita.

State Trait Anxiety Inventory (STAI)⁵⁰

STAI è un questionario suddiviso in due scale che valutano rispettivamente l'ansia di stato (STAI-S), cioè come si sente il soggetto al momento della somministrazione del questionario, e l'ansia di tratto (STAI-T), cioè come il soggetto si sente abitualmente. Discrimina, dunque, tra l'ansia intesa come sintomo e l'ansia espressa come modalità abituale di risposta agli stimoli esterni. Le due scale sono composte da 20 domande ciascuna a cui si assegna un valore da 1 a 4 punti. Il punteggio totale è compreso tra 20 e 80 con un valore soglia predittivo di sintomatologia ansiosa posto a 40. Secondo un criterio scalare è possibile definire inoltre il livello di gravità: da 40 a 50 forma lieve, da 50 a 60 moderata, maggiore di 60 grave. Viene somministrato in concomitanza alla valutazione neuropsicologica.

Social Comparison Rating Scale⁵¹

La Social Comparison Rating Scale è un questionario composto da 11 domande volto a individuare il ranking sociale che un individuo dà a sé stesso in relazione agli altri in diversi contesti sociali; maggiore il punteggio e più la comparazione è favorevole. Viene somministrato alla prima visita.

Rosenberg Self-Esteem Scale⁵²

Questionario autosomministrato per la valutazione dell'autostima. Essa è costituita da 10 item a ciascuno dei quali l'individuo deve rispondere utilizzando una scala di Likert a 4 punti, che va da "fortemente in accordo" a "fortemente in disaccordo". Dei 10 item totali, 5 si riferiscono a sentimenti positivi relativi a sé stessi, gli altri 5 a sentimenti negativi. Per la valutazione del punteggio vengono assegnati, per gli item a connotazione positiva, 4 punti alle risposte "fortemente in accordo", 3 punti alle risposte "in accordo", 2 punti alle risposte "in disaccordo" e 1 punto alle risposte "fortemente in disaccordo"; si assegna invece un punteggio invertito per gli item a connotazione negativa. Per ottenere il punteggio complessivo si sommano tra loro tutti i punteggi dei 10 item, e punteggi maggiori indicano una più forte autostima. Viene somministrato alla prima visita.

Submissive Behavior Scale⁵³

La Submissive Behavior Scale è un questionario composto da 16 domande che individua la propensione ad esibire un comportamento sottomesso, basandosi sulla frequenza di certi atteggiamenti di sottomissione (per esempio “lascio che gli altri mi criticino e mi screditino senza difendermi”) a cui i partecipanti assegnano un punteggio da 0 (mai) a 4 (sempre). In punteggio totale è ottenuto sommando tutti gli item. Più alto è il punteggio e più il comportamento risulta remissivo. Viene somministrato alla prima visita.

Temperament and Character Inventory (TCI)⁵⁴

Il TCI è uno strumento autosomministrato per indagare gli aspetti del temperamento del paziente per evidenziare personalità a rischio secondo il modello di Cloninger. Il questionario si sviluppa come un’evoluzione del Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)⁵⁵ e valuta 7 sottoscale divise tra quattro “temperamenti” e tre “caratteri”. In questo studio vengono considerati solo i quattro temperamenti, ossia la ricerca di novità (novelty seeking), l’evitamento del danno (harm avoidance), la dipendenza dalle gratificazioni (reward dependence) e la persistenza (persistence). Complessivamente consiste in un questionario autosomministrato composto da 240 domande cui i partecipanti devono rispondere con un punteggio da 1 (falso) a 5 (vero) per ciascun elemento. Viene somministrato alla prima visita.

Body Checking Questionnaire (BCQ)⁵⁶

Il Body Checking Questionnaire è un questionario autosomministrato formato da 23 item per valutare la frequenza dei comportamenti di controllo del corpo (controllo della forma, del peso e delle dimensioni del proprio corpo). Viene misurata la frequenza dei comportamenti di controllo del corpo, come misurare o pizzicare parti specifiche del corpo (ad esempio, cosce, vita, parte superiore delle braccia, ecc.), utilizzare specchi per monitorare la propria forma, indossare abiti speciali o gioielli per valutare la vestibilità, o sensazione di protrusione ossea. Ad ogni item del BCQ viene assegnato un punteggio su una scala di tipo Likert a 5 punti che va da 1 (mai) a 5 (molto spesso); punteggi più alti indicano una maggiore frequenza di controllo (i punteggi totali vanno da 23 a 115).⁵⁷ Viene somministrato alla prima visita.

Clinical Impairment Scale (CIA)⁵⁸

CIA è un questionario autosomministrato con 16 item che misura la compromissione psicosociale (total distress) di un soggetto con un disturbo dell'alimentazione, indagando tre specifici domini: personale, cognitivo e sociale. Viene somministrato alla prima visita.

8.2.3 Valutazione neuropsicologica

Wisconsin Card Sorting Test (WCST)⁵⁹

Il WCST è un test usato per valutare la flessibilità cognitiva, abilità mediata dalla corteccia pre-frontale orbito-laterale. Durante il test, il soggetto deve abbinare una dopo l'altra una serie di carte a quattro carte-stimolo. L'abbinamento si basa su criteri di somiglianza che possono essere in base al colore, al numero o al simbolo; il soggetto deve intuire il criterio mentre l'esaminatore può solo confermare se l'abbinamento è corretto o meno. Dopo dieci abbinamenti corretti, il criterio cambia e l'esaminatore dà l'indicazione di abbinamento sbagliato. A questo punto si osserva il comportamento del soggetto che può modificare il criterio adottato in precedenza oppure può mantenerlo, compiendo in questo caso una risposta perseverativa. Il test termina quando il soggetto completa le sei categorie oppure esaurisce tutte le 128 carte a disposizione. Nello studio effettuato sono state calcolate le risposte perseverative (da 0 a 127) e il punteggio totale (global score), calcolato tramite una formula che stima quante carte sono state usate in eccesso rispetto al minimo necessario per completare le sei categorie (da 0 a 128). Viene somministrato alla prima visita.

Figura 2: Wisconsin Card Sorting Test

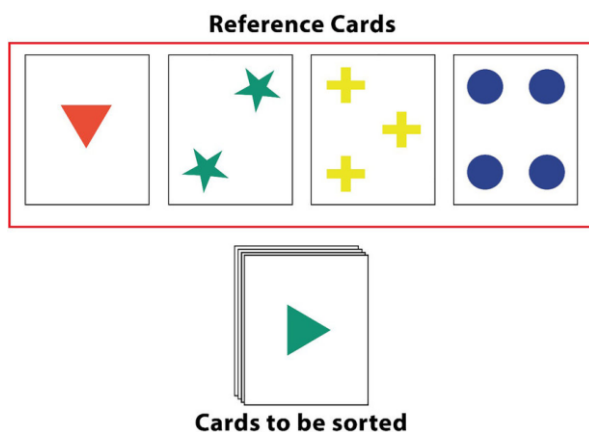
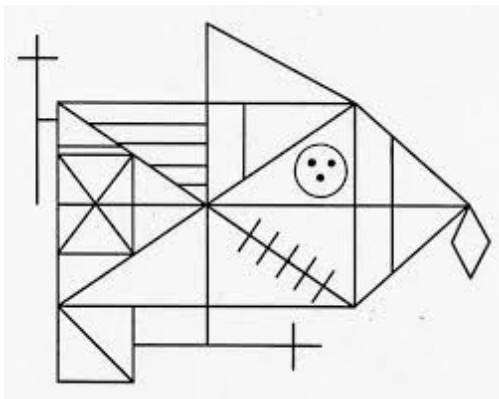


Figura complessa di Rey-Osterrieth⁶⁰

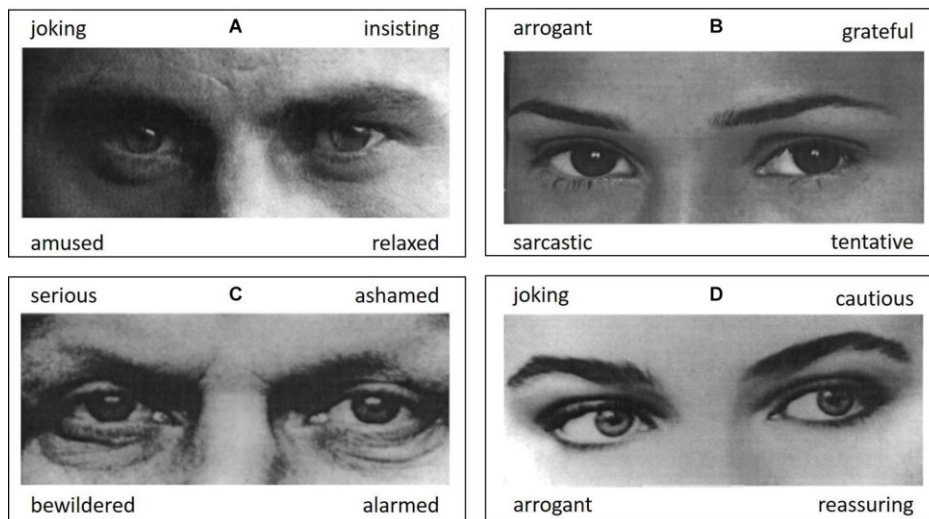
È un test che valuta le abilità visuo-spaziali, l'organizzazione visiva e la memoria visiva a breve termine. Il soggetto deve ricopiare una figura complessa (vedi figura 3) e, senza essere precedentemente avvisato, deve riprodurla a memoria 3 minuti dopo. L'accuratezza della riproduzione di tutti i dettagli è una misura delle abilità visuo-spaziali e della memoria visiva. L'attribuzione del punteggio viene fatta confrontando gli elementi del disegno eseguito dal paziente con l'originale e può variare da 0 (assenza totale di elementi corretti) a 36 (nessun errore). L'indice dell'ordine di costruzione (disegnare elementi locali o globali come prima fase del test) e l'indice dello stile (grado di continuità nel disegnare) vengono combinati per misurare un indice di coerenza centrale (ICC) che varia da 0 (=dettagliata) a 2 (=globale). Un approccio globale solitamente favorisce il ricordo, al contrario di un approccio dettagliato che si associa a uno scarso richiamo della figura, riflettendo debole coerenza visuo-spaziale. Viene somministrato alla prima visita.

Figura 3: Figura complessa di Rey-Osterrieth



Reading the Mind with the Eyes Test (RMET) (Mindreading test)⁶¹

Il Mindreading test è uno dei test più usati per il riconoscimento delle emozioni: include 36 foto di sguardi che descrivono stati emotivi neutri o caricati di un'emozione positiva o negativa. Il paziente deve abbinare la definizione semantica dello stato mentale (ad es. dispiaciuto, annoiato) con lo sguardo mostrato sullo schermo scegliendo tra quattro alternative proposte. Questo implica un abbinamento inconscio, automatico e rapido tra ricordi passati che riguardano simili espressioni e il lessico degli stati mentali. Viene somministrato alla prima visita.

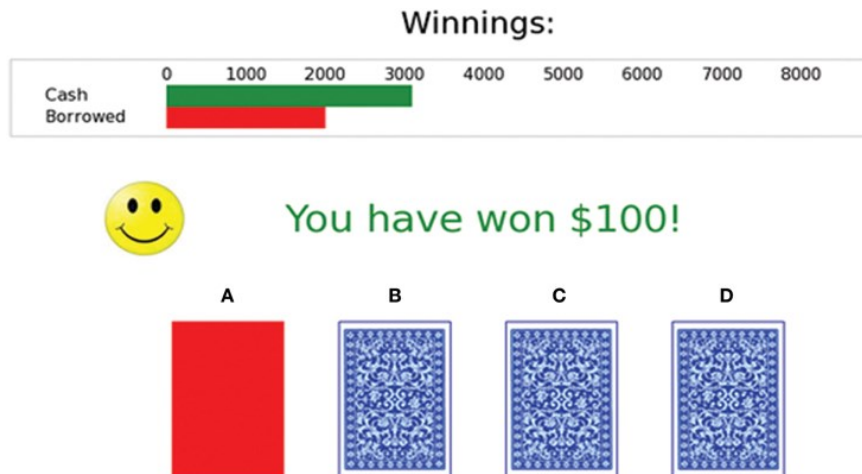
Figura 4: Mindreading test

Iowa Gambling Task (IGT)⁶²

L'IGT è un test basato sul gioco d'azzardo, che prevede ricompense e punizioni ed è utilizzato per osservare le abilità decisionali dei pazienti. Questa funzione cognitiva è regolata dalla corteccia orbito-frontale, infatti pazienti con lesioni a questo livello sono incapaci di rievocare emozioni di eventi passati, quindi non traggono profitto dalle esperienze precedenti ed effettuano scelte del tutto casuali⁶³. Lo svolgimento del test nella versione computerizzata prevede che il soggetto scelga tra quattro mazzi di carte cercando di massimizzare la vincita in denaro rispetto al proprio credito iniziale. Ogni mazzo infatti è diverso per ricompensa e penalità: i primi due mazzi sono più rischiosi, associati ad alte ricompense ma a perdite ancora maggiori e imprevedibili, rappresentano un outcome negativo a lungo termine; gli altri due mazzi sono invece più vantaggiosi perché comportano ricompensa immediata anche se di basso valore, insieme a perdite occasionali, di valore inferiore, portando quindi a un vantaggio a lungo termine. I giocatori non ricevono informazioni riguardo i mazzi e devono imparare a selezionare dall'esperienza ciò che più conviene. Inizialmente il processo decisionale si fonda sull'ambiguità perché, non conoscendo le regole del gioco, i giocatori sono guidati solo dalla propria inclinazione verso l'esplorazione e la ricompensa/punizione. In un secondo momento invece il processo decisionale avviene in condizioni di rischio: il giocatore ha imparato dalle esperienze precedenti e ha scoperto le regole ma viene influenzato dalle emozioni che prova, come l'ansia di perdere o l'impulso ossessivo di vincere. Le variabili

prese in considerazioni sono il numero di carte scelte dai mazzi svantaggiosi, il numero di carte scelte dai mazzi vantaggiosi, l'IOWA net score, ovvero la differenza tra il numero totale di carte selezionate dai mazzi vantaggiosi rispetto a quelle dai mazzi svantaggiosi e il net score per ciascun blocco di 20 carte (un valore più alto indica un processo decisionale vincente basato sull'esperienza precedente e non casuale). Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Figura 5: Iowa Gambling Task



Stop-Signal Task (SST)⁶⁴

SST È un test che misura l'inibizione a una risposta che è già stata iniziata, valutando quindi l'abilità nel fermarsi (impulsività cognitiva). Si compone di due parti: la prima valuta una risposta "go" in cui viene mostrato uno stimolo primario (un quadrato o un cerchio) al quale il soggetto deve rispondere schiacciando un tasto (rispettivamente A o L), la seconda valuta la risposta "stop" che appare in maniera casuale intervallata alla prova precedente e si manifesta con un segnale sonoro che avverte il soggetto di inibire la risposta. Nel presente studio si è valutata la variabile dello Stop Signal Reaction Time (SSRT) cioè il tempo in millisecondi (ms) che occorre al soggetto per sopprimere una risposta che ha già in atto. Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Test puzzle

Il test consiste nel mostrare al paziente una figura e 6 pezzi; il soggetto dovrà indicare i 3 pezzi che, tra quelli proposti, vanno a formare la figura, come se fosse un

puzzle per testare le sue abilità visuospaziali e in particolare la coerenza centrale. Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Cognitive Bias Task (CBT)⁶⁵

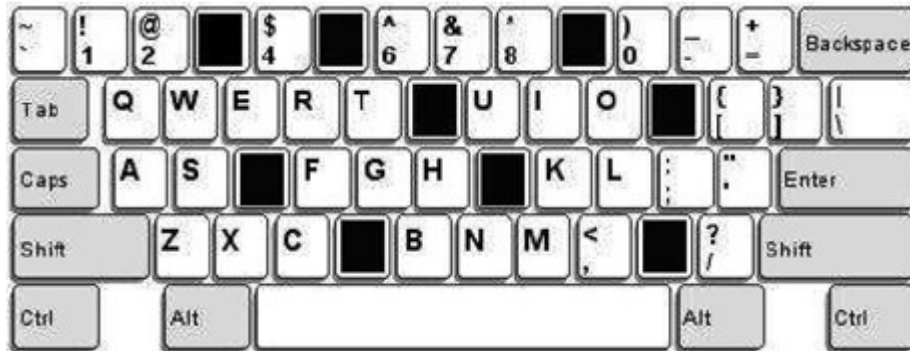
Test che misura il processo adattivo-decisionale in termini di equilibrio tra processo decisionale indipendente dal contesto (basato su rappresentazioni interne preesistenti) e dipendente dal contesto (basato sulle caratteristiche attuali che caratterizzano quello specifico scenario). Il soggetto siede davanti allo schermo di un computer e guarda il primo stimolo (una carta); successivamente sotto di questo compaiono altre due carte e il soggetto deve scegliere quella che preferisce fra le due. Gli viene assicurato che non ci sono risposte errate, ma gli si richiede di rispondere velocemente, di modo che la risposta sia il più istintiva possibile. Lo stimolo consiste in una carta con delle figure geometriche, caratterizzabili da 5 dimensioni binarie: colore (rosso o blu), forma (cerchi o quadrati), numero di figure (1 o 2), dimensioni e presenza o meno di un contorno nero definito. A seconda del grado di somiglianza fra lo stimolo e la carta scelta si determina il grado di dipendenza dal contesto con cui il soggetto prende le decisioni. Ad ogni scelta si associa un punteggio da 0 a 5 a seconda di quante dimensioni hanno in comune lo stimolo e la risposta (si consideri che non esistono due carte totalmente uguali o totalmente diverse). Il punteggio va da 80 a 220, coi punteggi estremi che indicano dunque maggior dipendenza dal contesto. Un punteggio di 150 rappresenta invece la neutralità, ovvero scelte indipendenti dal contesto. Può essere grezzo o calcolato. Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Mittenecker Pointing Test (MPT)⁶⁶

Test che consiste in un compito di generazione motoria casuale che esamina la flessibilità cognitiva dei pazienti. Ai partecipanti viene chiesto di premere nove tasti senza etichetta distribuiti irregolarmente sulla tastiera del computer a seguito di un segnale acustico (1,2/s) che monitora la velocità di produzione della risposta (ovvero, un tasto premuto per ciascun suono). Il compito richiede di premere i tasti nell'ordine più casuale possibile ed è in contrasto con la nostra tendenza innata a produrre sequenze ripetitive, quindi è necessario uno sforzo di controllo costantemente elevato per inibire lo sviluppo automatico delle routine. Le risposte totali sono 180 e le variabili di risultato sono due misure quantitative di deviazione dalla

casualità: Ridondanza del contesto (CR) e Ridondanza del simbolo (SR). CR valuta l'inibizione dello sviluppo di routine (sequenze di risposta) e SR fornisce una misura della componente di memoria (monitoraggio/aggiornamento della memoria) della generazione di sequenze casuali. Entrambi i valori vanno da 0 a 1. Valori bassi di CR e SR sono associati ad un'elevata flessibilità cognitiva. Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Figura 6: Tastiera per MPT



Autobiographical Memory Task (MA)

Test che valuta la capacità di ricordare episodi specifici della propria vita attraverso parole chiave che variano nella loro valenza emotiva (positiva, negativa, neutra). Il test consiste nel presentare oralmente 12 parole chiave e chiedere ai partecipanti di richiamare un ricordo episodico specifico (con una collocazione spazio-temporale limitata) della loro vita, accaduto più di una settimana prima (non un episodio attuale).

I risultati vengono valutati in base a: il totale dei ricordi specifici recuperati, il numero di ricordi troppo generali, i ricordi recenti (episodi relativi agli ultimi 3 mesi) e le omissioni (mancata risposta in 30"). Viene valutato anche il tempo necessario per completare il compito e la valenza emotiva dei ricordi recuperati indipendentemente dalla valenza delle parole chiave. Viene somministrato alla prima visita e ad inizio e fine del DH.

Test Breve di Intelligenza(TIB)⁶⁷

Il TIB valuta l'abilità intellettuale premorboza e fornisce una stima del quoziente intellettivo totale (QIT).

8.3 Analisi statistica

Per l'analisi dei dati è stato impiegato il pacchetto statistico SPSS (Statistical Product and Service Solution software; Inc, Chicago, IL). Per verificare l'omogeneità delle varianze è stato applicato il test di Levene. Per il confronto delle medie invece è stato utilizzato il test t di Student. La significatività statistica è stata posta a 0,05.

RISULTATI

9. Confronto pazienti prima e dopo trattamento semiresidenziale

9.1 Valutazione totale

La tabella II riporta le caratteristiche di confronto tra il gruppo di pazienti con AN all'inizio del DH e lo stesso gruppo alla fine trattamento per valutare i cambiamenti avvenuti durante il periodo di cura.

In generale si assiste a un miglioramento significativo per quanto riguarda il peso (passando l'indice di massa corporea da una media di $15,66 \text{ kg/m}^2 \pm 1,45$ a una di $17,32 \text{ kg/m}^2 \pm 1,78$), la risposta ai questionari e una parte delle valutazioni neuropsicologiche.

Tutte le sottoscale di sintomatologia psichiatrica (SCL) mostrano miglioramenti significativi. Al questionario EDI tutte le sottoscale mostrano un miglioramento molto significativo, tranne l'insoddisfazione corporea ($p=0,053$) e il perfezionismo ($p=0,046$). Al BAQ migliora il punteggio totale e la scala di familiarità verso il proprio corpo, mentre non sono emersi miglioramenti né per quanto riguarda l'insoddisfazione verso il proprio corpo ($p=0,076$), confermando quanto detto prima, né per l'attenzione verso la taglia ($p=381$).

Al MPT non c'è stato miglioramento nella ridondanza di simbolo (SR) con $p=0,190$, mentre c'è stato nella ridondanza di contesto (CR) con $p=0,038$. Le abilità decisionali, misurate tramite Iowa Gambling Task e Cognitive Bias Task mostrano entrambe un miglioramento significativo. Nessuna variazione significativa invece è stata osservata per i test neuropsicologici che valutano le abilità visuospatiali (Puzzle), la memoria autobiografica (MA) e la capacità di inibizione della risposta (Stop-signal).

Tabella II: Pazienti a inizio e a fine trattamento DH

	Media a inizio DH (DS)	Media a fine DH (DS)	t	p
BMI	15,66 (1,45)	17,32 (1,78)	-10,73	<0,001
EDI				
Bulimia nervosa	3,09 (3,02)	1,91 (2,46)	3,34	0,001
Consapevolezza interocettiva	11,81 (6,85)	8,06 (6,65)	4,76	<0,001
Desiderio magrezza	13,79 (7,43)	9,26 (8,05)	5,91	<0,001
Insoddisfazione corporea	14,81 (7,72)	13,21 (9,22)	1,97	0,053
Ineffectiveness	10,88 (6,87)	8,29 (6,81)	3,75	<0,001
Perfezionismo	5,68 (3,65)	4,94 (3,66)	2,03	0,046
Paura maturativa	10,04 (4,78)	8,62 (5,33)	2,98	0,004
Sfiducia interpersonale	8,09 (4,60)	5,43 (3,98)	5,42	<0,001
BAQ (o BAT)				
Totale	57,41 (19,57)	51,81 (25,70)	2,31	0,024
Mancanza familiarità	19,71 (7,07)	16,33 (8,81)	3,33	0,001
Insoddisfazione corporea	13,21 (4,35)	12,10 (5,34)	1,80	0,076
Attenzione a taglia	17,14 (9,40)	16,25 (11,58)	0,88	0,381
SCL90				
SCL90 totale (GSI)	1,26 (0,51)	0,91 (0,58)	5,36	<0,001
Somatizzazione	1,57 (0,81)	1,04 (0,74)	5,50	<0,001
Ossessione-Compulsione	1,95 (0,89)	1,45 (0,96)	4,10	<0,001
Depressione	2,19 (0,85)	1,61 (1,10)	5,42	<0,001
Sensibilità interpersonale	2,01 (0,92)	1,54 (1,00)	4,30	<0,001
Ansia	1,88 (0,91)	1,42 (0,98)	4,00	<0,001
MPT				
CR	0,27 (0,16)	0,24 (0,11)	2,11	0,038
SR	0,04 (0,08)	0,02 (0,02)	1,32	0,190
MA				
Totale	9,13 (1,95)	8,97 (2,13)	0,61	0,546
Recenti	0,04 (0,20)	0,04 (0,25)	0,00	1,000
CBT				
Grezzo	169,50 (29,60)	177,27 (31,38)	-2,73	0,008
Calcolato	27,88 (21,79)	34,50 (23,09)	-3,05	0,003
IOWA	1,96 (30,03)	17,81 (34,95)	-4,49	<0,001
PUZZLE	17,10 (3,14)	17,95 (3,28)	-1,86	0,070
SS Reaction Time	249,44 (47,79)	248,41 (75,39)	0,11	0,912

9.2 Valutazione in base al CGI

Per valutare se i dati raccolti sono differenti a seconda dell'andamento del trattamento semiresidenziale i pazienti post-DH sono stati valutati clinicamente sull'esito del trattamento mediante CGI⁶⁸ (Clinical Global Impressions scale). In base al CGI i pazienti sono stati divisi in sette classi: molto migliorato; migliorato; un poco migliorato; invariato; un poco peggiorato; peggiorato e "bene ma ricaduta" (se dopo un miglioramento iniziale si è verificata una ricaduta dopo la dimissione dal DH). Per semplificare il confronto si sono raggruppati questi pazienti in due gruppi:

- gruppo 1: pazienti con esito francamente positivo, caratterizzati da CGI migliorato o molto migliorato. Su 97 pazienti totali 48 risultano appartenere a questo gruppo.
- gruppo 0: pazienti con esito non significativamente positivo nel suo complesso, comprendente tutte le altre classi di CGI. Su 97 pazienti totali 49 risultano appartenere a questo gruppo.

Si sono quindi confrontate in tabella III e tabella IV le stesse variabili, già analizzate in tabella II, in riferimento rispettivamente a pazienti appartenenti al gruppo 0 e al gruppo 1.

Analizzando i dati del gruppo 0 si è riscontrato come il BMI aumenti anche nei pazienti con esito di trattamento non ottimale (da $15,80 \text{ kg/m}^2 \pm 1,63$ a $17,06 \text{ kg/m}^2 \pm 2,03$), includendo infatti anche i pazienti con ricadute successive al DH. Dal confronto tra i due gruppi emerge che nei pazienti del gruppo 0 si hanno risultati peggiori per quanto riguarda tutte le sottoscale del questionario BAQ, dimostrando dunque di non aver migliorato la concezione della propria immagine corporea, e per quanto riguarda alcuni aspetti del questionario SCL90 (scala di sintomi psichiatrici), in particolare ansia ($p=0,252$) e aspetti ossessivo-compulsivi ($p=0,140$).

Nei pazienti del gruppo 1 invece il miglioramento dei risultati del SCL90 è più netto, con una significatività in quasi tutte le sottoscale $<0,001$, e si ha un miglioramento significativo anche delle preoccupazioni verso il cibo (sottoscala Bulimia dell'EDI), mentre l'insoddisfazione corporea mostra solo una tendenza significatività. A differenza delle pazienti non migliorate, alla valutazione neuropsicologica è evidente un miglioramento con il trattamento delle abilità visuospaziali (Puzzle).

Tabella III: Pazienti gruppo 0 in base al CGI (non migliorato al follow-up finale)

	Media a inizio DH (DS)	Media a fine DH (DS)	t	p
BMI	15,80 (1,63)	17,06 (2,03)	-5,28	<0,001
EDI				
Bulimia nervosa	3,35 (3,30)	2,15 (2,39)	1,98	0,056
Consapevolezza interocettiva	11,88 (7,96)	9,18 (6,99)	2,52	0,017
Desiderio magrezza	12,76 (7,78)	10,24 (8,57)	3,15	0,003
Insoddisfazione corporea	14,97 (7,83)	14,06 (9,30)	1,11	0,274
Ineffectiveness	12,12 (7,76)	9,62 (7,22)	2,76	0,009
Perfezionismo	5,35 (4,05)	4,74 (4,30)	1,36	0,184
Paura maturativa	10,59 (5,10)	8,65 (5,55)	2,99	0,005
Sfiducia interpersonale	8,56 (4,88)	5,76 (3,82)	4,41	<0,001
BAQ (o BAT)				
Totale	57,84 (21,51)	56,03 (27,01)	0,61	0,546
Mancanza familiarità	19,81 (7,85)	17,68 (9,42)	1,57	0,128
Insoddisfazione corporea	13,39 (4,33)	12,71 (5,04)	0,78	0,446
Attenzione a taglia	17,58 (10,12)	18,52 (12,45)	-0,84	0,405
SCL90				
SCL90 totale (GSI)	1,20 (0,59)	0,98 (0,59)	2,93	0,006
Somatizzazione	1,47 (0,87)	1,09 (0,82)	2,93	0,006
Ossessione-Compulsione	1,82 (1,01)	1,62 (0,99)	1,52	0,140
Depressione	2,19 (1,00)	1,81 (1,12)	3,49	0,001
Sensibilità interpersonale	2,02 (1,07)	1,65 (1,11)	2,84	0,008
Ansia	1,64 (0,94)	1,48 (1,04)	1,17	0,252
MPT				
CR	0,28 (0,18)	0,23 (0,10)	1,69	0,098
SR	0,05 (0,10)	0,02 (0,02)	1,26	0,216
MA				
Totale	9,19 (2,01)	8,77 (2,24)	1,11	0,271
Recenti	0,02 (0,15)	0,00 (0,00)	1,00	0,323
CBT				
Grezzo	170,51 (29,74)	177,77 (31,21)	-1,72	0,092
Calcolato	28,47 (22,05)	35,38 (21,97)	-2,54	0,015
IOWA	1,18 (32,61)	13,51 (33,10)	-2,58	0,013
PUZZLE	17,39 (3,82)	17,28 (3,46)	0,15	0,880
SS Reaction Time	243,72 (50,04)	237,57 (38,29)	0,65	0,517

Tabella IV: Pazienti gruppo 1 in base al CGI (migliorati al follow-up finale)

	Media a inizio DH (DS)	Media a fine DH (DS)	t	p
BMI	15,51 (1,24)	17,59 (1,45)	-11,49	<0,001
EDI				
Bulimia nervosa	2,82 (2,72)	1,68 (2,54)	3,15	0,003
Consapevolezza interocettiva	11,74 (5,66)	6,94 (6,20)	4,19	<0,001
Desiderio magrezza	14,82 (7,02)	8,29 (7,50)	5,33	<0,001
Insoddisfazione corporea	14,65 (7,72)	12,35 (9,20)	1,63	0,113
Ineffectiveness	9,65 (5,70)	6,97 (6,21)	2,54	0,016
Perfezionismo	6,00 (3,23)	5,15 (2,92)	1,50	0,143
Paura maturativa	9,50 (4,44)	8,59 (5,19)	1,30	0,202
Sfiducia interpersonale	7,62 (4,32)	5,09 (4,16)	3,33	0,002
BAQ (o BAT)				
Totale	57,00 (17,82)	47,72 (24,07)	2,47	0,019
Mancanza familiarità	19,63 (6,36)	15,03 (8,11)	3,07	0,004
Insoddisfazione corporea	13,03 (4,43)	11,50 (5,64)	1,75	0,089
Attenzione a taglia	16,72 (8,78)	14,06 (10,39)	1,63	0,112
SCL90				
SCL90 totale (GSI)	1,32 (0,42)	0,84 (0,57)	4,66	<0,001
Somatizzazione	1,66 (0,75)	1,00 (0,65)	4,83	<0,001
Ossessione-Compulsione	2,08 (0,75)	1,28 (0,91)	4,11	<0,001
Depressione	2,20 (0,68)	1,41 (1,06)	4,38	<0,001
Sensibilità interpersonale	2,00 (0,77)	1,43 (0,88)	3,25	0,003
Ansia	2,11 (0,83)	1,36 (0,94)	4,39	<0,001
MPT				
CR	0,26 (0,14)	0,24 (0,12)	1,37	0,178
SR	0,03 (0,03)	0,03 (0,02)	0,42	0,676
MA				
Totale	9,06 (1,92)	9,17 (2,00)	-0,29	0,771
Recenti	0,07 (0,25)	0,09 (0,35)	-0,33	0,743
CBT				
Grezzo	168,49 (29,75)	176,77 (31,88)	-2,14	0,037
Calcolato	27,30 (21,75)	33,62 (24,37)	-1,85	0,070
IOWA	2,75 (27,47)	22,21 (36,57)	-3,74	<0,001
PUZZLE	16,86 (2,51)	18,50 (3,10)	-3,05	0,006
SS Reaction Time	255,16 (45,23)	259,25 (98,90)	-0,25	0,801

10. Confronto pazienti prima del trattamento semiresidenziale e al follow-up di un anno

Nella tabella V sono riportati i dati clinici e neuropsicologici dei pazienti all'ingresso in DH e al follow-up dopo un anno dalla dimissione dal DH. I campioni considerati in questa tabella sono ridotti rispetto ai precedenti, in quanto non per tutti i pazienti sono disponibili i dati a un anno dalla dimissione.

Da questi dati emerge una tendenza dei punteggi al questionario EDI a peggiorare (senza tornare ai valori iniziali) rispetto ai dati alla dimissione. Si osserva una tendenza al peggioramento anche per quanto riguarda la percezione della propria immagine corporea come dimostrato dai dati del questionario BAQ peggiorati rispetto a quelli di fine DH in tabella II.

Con il tempo si nota invece un miglioramento per quanto riguarda i risultati al test puzzle (abilità visuospatiali) e al test SS Reaction time (tempo di reazione relativo all'impulsività cognitiva). Non si evidenzia inoltre cambiamento per quanto riguarda i sintomi psichiatrici (SCL90) e la memoria autobiografica permane alterata.

Tabella V: Follow up a un anno

	Media a inizio DH (DS)	Media a 1 anno da fine DH (DS)	t	p
BMI	15,63 (1,34)	19,01 (3,72)	-4,96	<0,001
EDI				
Bulimia nervosa	2,25 (2,70)	1,38 (1,59)	1,37	0,191
Consapevolezza interocettiva	10,38 (6,97)	8,88 (6,31)	0,851	0,408
Desiderio magrezza	12,13 (7,41)	7,88 (5,44)	2,14	0,049
Insoddisfazione corporea	10,69 (7,61)	10,75 (7,28)	-0,04	0,972
Ineffectiveness	10,81 (7,74)	8,81 (6,25)	1,19	0,252
Perfezionismo	6,06 (3,97)	6,75 (4,17)	-0,81	0,429
Paura maturativa	9,38 (5,69)	6,38 (4,22)	2,50	0,025
Sfiducia interpersonale	8,19 (5,02)	6,75 (4,39)	1,30	0,212
BAQ (o BAT)				
Totale	52,00 (20,20)	46,50 (20,88)	0,91	0,387
Mancanza familiarità	18,60 (8,06)	14,40 (7,79)	2,12	0,063
Insoddisfazione corporea	13,50 (3,37)	10,60 (3,10)	2,09	0,066
Attenzione a taglia	13,10 (8,80)	14,70 (9,12)	-0,51	0,620
SCL90				
SCL90 totale (GSI)	1,15 (0,61)	0,79 (0,40)	3,03	0,008
Somatizzazione	1,52 (0,90)	0,92 (0,55)	3,05	0,008
Ossessione-Compulsione	1,89 (1,10)	1,35 (0,80)	2,47	0,025
Depressione	1,91 (0,97)	1,38 (0,78)	2,94	0,010
Sensibilità interpersonale	1,95 (1,03)	1,45 (0,97)	2,50	0,024
Ansia	1,72 (1,11)	1,13 (0,77)	2,64	0,018
MPT				
CR	0,28 (0,19)	0,24 (0,12)	1,45	0,155
SR	0,04 (0,10)	0,02 (0,02)	0,93	0,358
MA				
Totale	9,09 (1,90)	9,50 (1,17)	-1,16	0,252
Recenti	0,03 (0,17)	0,03 (0,17)	0,00	1,00
CBT				
Grezzo	178,00 (30,01)	192,50 (26,00)	-2,61	0,013
Calcolato	34,71 (21,62)	44,74 (21,79)	-2,18	0,036
IOWA	5,94 (32,03)	24,35 (38,21)	-2,72	0,010
PUZZLE	18,40 (3,48)	20,13 (2,64)	-2,13	0,051
SS Reaction Time	250,22 (37,51)	231,12 (41,97)	2,32	0,026

11. Fattori predittivi di esito trattamento semiresidenziale

Nelle tabelle VI, VII e VIII sono riportate una serie di variabili pre-trattamento, misurate nei pazienti del gruppo 0 e del gruppo 1 secondo il CGI per ricercare eventuali differenze e quindi ipotizzare un'associazione tra un determinato fattore e l'esito del trattamento in modalità semiresidenziale. Per comodità questi fattori sono stati suddivisi in tre tabelle: variabili generali (tabella VI), questionari (tabella VII) e variabili neuropsicologiche (tabella VIII).

Nella tabella VI è emersa una differenza significativa tra i gruppi con esito diverso per quanto riguarda la durata di malattia all'ingresso (più lunga nelle pazienti con esito negativo). È interessante osservare che la durata del trattamento non sembra essere predittiva.

Nella tabella VII si riscontra invece un'associazione significativa tra il valore della MPSSS (sostegno sociale percepito) e l'esito del trattamento; così come tra i livelli di ansia e lo stesso. Si è riscontrata anche un'associazione con il social ranking, ossia i soggetti che tendono ad avere una scarsa considerazione di sé nel confronto con gli altri non ottengono una guarigione ottimale.

Dalla tabella VIII non sono emerse associazioni significative.

Tabella VI: Variabili generali

	CGI2= 0 (non migliorati)	CGI2=1 (migliorati)		
	Media (DS)	Media (DS)	t	p
Età esordio AN	15,73 (2,14)	16,44 (3,99)	-1,08	0,281
Età all'ingresso DH	19,32 (4,74)	18,77 (4,36)	0,59	0,555
Durata malattia all'ingresso in DH	27,92 (27,54)	17,54 (16,22)	2,25	0,026
BMI minimo	15,32 (1,94)	15,42 (1,46)	-0,29	0,772
BMI massimo	20,95 (2,77)	20,58 (2,31)	0,70	0,484
BMI weight soppression	22,04 (9,21)	22,16 (8,40)	-0,067	0,946
BMI ingresso DH	15,80 (1,63)	15,51 (1,24)	1,00	0,319
Iperattività	5,44 (4,72)	4,93 (3,56)	0,56	0,577
Stato sociale	2,92 (1,00)	2,83 (0,98)	0,44	0,663
Totale eventi stressanti	9,72 (7,94)	9,34 (9,95)	0,21	0,837
Numero eventi stresanti	3,17 (2,53)	3,28 (3,28)	-0,18	0,861
Tempo totale DH	5,04 (3,50)	5,50 (2,48)	-0,74	0,462
Giorni effettivi DH	85,53 (46,36)	80,77 (35,31)	0,57	0,571

Tabella VII: Questionari

	CGI2= 0 (non migliorati)	CGI2=1 (migliorati)		
	Media (DS)	Media (DS)	t	p
Chirp				
Perfezionismo	0,66 (0,48)	0,70 (0,46)	-0,38	0,704
Inflessibilità	0,55 (0,50)	0,60 (0,49)	-0,55	0,582
Simmetria	0,32 (0,47)	0,37 (0,49)	-0,52	0,602
Edinburgh	65,91 (45,26)	74,20 (40,47)	-0,94	0,352
Total Distress	28,80 (11,73)	26,69 (12,38)	0,84	0,401
MPSSS	59,74 (14,47)	66,65 (12,66)	-2,46	0,016
STAI				
Ansia di tratto	58,31 (11,72)	58,46 (10,42)	-0,07	0,946
Ansia di stato	50,63 (13,87)	50,29 (12,23)	0,13	0,898
Self Esteem	27,58 (6,10)	26,38 (5,75)	0,94	0,350
Body Checking	43,23 (25,47)	43,74 (22,06)	-0,10	0,92
EDI				
Bulimia nervosa	3,27 (3,21)	2,83 (2,65)	0,63	0,53
Consapevolezza interocettiva	11,65 (7,80)	11,92 (5,55)	-0,17	0,87
Desiderio magrezza	12,76 (7,71)	14,78 (6,92)	-1,18	0,243
Insoddisfazione corporea	15,14 (7,65)	14,64 (7,52)	0,28	0,781
Ineffectiveness	12,05 (7,56)	9,92 (5,68)	1,36	0,177
Perfezionismo	5,30 (3,90)	6,00 (3,17)	-0,84	0,402
Paura maturativa	10,19 (5,12)	9,64 (4,41)	0,49	0,625
Sfiducia interpersonale	8,73 (4,75)	7,67 (4,28)	1,00	0,319
BAQ (o BAT)				
Attrattività negativa	17,41 (9,94)	16,67 (8,64)	0,33	0,745
Mancanza familiarità	19,76 (7,50)	19,88 (6,43)	-0,07	0,947
Attenzione a taglia	13,59 (4,22)	13,18 (4,45)	0,38	0,702
SCL90				
SCL90 totale (GSI)	1,21 (0,57)	1,34 (0,41)	-1,06	0,291
Somatizzazione	1,50 (0,89)	1,65 (0,74)	-0,80	0,427
Ossessione-Compulsione	1,79 (0,98)	2,08 (0,74)	-1,37	0,174
Depressione	2,17 (0,96)	2,21 (0,68)	-0,22	0,825
Ansia	1,65 (0,93)	2,11 (0,82)	-2,20	0,031
Social ranking	46,54 (18,12)	53,90 (16,99)	-2,05	0,043
Submissive behaviour	30,67 (10,80)	27,33 (10,43)	1,54	0,127
TCI				
Ricerca di novità	13,87 (5,16)	13,11 (4,29)	0,754	0,453
Evitamento danno	22,11 (5,95)	20,95 (5,90)	0,924	0,358
Dipendenza da gratificazioni	11,00 (3,55)	11,77 (4,07)	-0,96	0,339
Persistenza	6,46 (2,24)	6,89 (1,78)	-1,00	0,318

Tabella VIII: Test neuropsicologici

	CGI2= 0 (non migliorati)	CGI2=1 (migliorati)		
	Media (DS)	Media (DS)	t	p
WCST				
Risposta perseverata	14,56 (12,36)	17,73 (16,29)	-1,07	0,286
Punteggio globale	42,73 (34,11)	49,73 (38,05)	-0,95	0,345
Rey-Osterrieth				
Copia	28,24 (3,14)	27,88 (3,23)	0,56	0,579
Copia ICC	1,05 (0,47)	1,00 (0,46)	0,59	0,556
Memoria	19,17 (5,08)	19,95 (4,71)	-0,78	0,439
Memoria ICC	1,22 (0,39)	1,22 (0,31)	-0,01	0,991
Mind reading				
Totale	25,16 (3,28)	25,02 (3,31)	0,21	0,833
Positivo	5,73 (1,54)	5,51 (1,49)	0,72	0,470
Negativo	8,76 (1,61)	8,85 (1,56)	-0,30	0,768
Neutro	10,67 (1,49)	10,66 (1,87)	0,04	0,968
TIB	104,87 (4,37)	104,64 (4,32)	0,13	0,895
CBT				
Grezzo	169,83 (29,80)	168,90 (29,57)	0,15	0,877
Calcolato	28,13 (21,95)	27,52 (21,57)	0,140	0,892
Puzzle				
Normale	16,11 (3,58)	16,11 (2,71)	-0,004	0,997
Ponderato	9,83 (3,28)	10,09 (2,75)	-0,41	0,683
MPT				
CR	0,28 (0,18)	0,26 (0,14)	0,63	0,533
SR	0,04 (0,10)	0,03 (0,03)	1,06	0,293
Lateral Preference	-0,09 (0,11)	-0,10 (0,12)	0,55	0,586
MA				
Totale	9,14 (2,01)	9,04 (1,90)	0,25	0,800
Recente	0,02 (0,14)	0,09 (0,28)	-1,43	0,157
IOWA	1,18 (32,61)	2,75 (27,47)	-2,26	0,799

DISCUSSIONE

Il trattamento semiresidenziale in Day Hospital rappresenta sicuramente una valida alternativa ai più tradizionali trattamenti residenziali e ambulatoriali permettendo al paziente di beneficiare di cure più intensive senza distaccarsi completamente dall'ambiente quotidiano e consentendo dunque anche una più facile traslazione alla vita di tutti i giorni di quanto appreso durante la giornata. Nel contesto dell'anoressia nervosa in particolare il ricorso al Day Hospital sta diventando una risorsa sempre più importante anche se ad ora non esistono molti studi a riguardo.

L'obiettivo della prima parte dello studio è quello di analizzare nei pazienti il cambiamento di alcune variabili cliniche e neuropsicologiche tra l'inizio del trattamento e la fine dello stesso e poi nuovamente al follow-up a un anno dalla dimissione per stabilire punti di forza e di debolezza di questa modalità.

Per quanto concerne il BMI, e dunque il recupero di peso, il DH si è dimostrato efficace anche quando il risultato clinico complessivo misurato tramite CGI (Clinical Global Impressions Scale) non è stato soddisfacente, dimostrando come il ricorso ai pasti assistiti e alle altre tecniche di riabilitazione nutrizionale siano un'alternativa valida in presenza di indicazione a questo tipo di trattamento.

In riferimento al funzionamento psicologico i dati analizzati hanno confermato come le modalità di trattamento erogate conferiscano un miglioramento sotto diversi aspetti.

Dal questionario EDI (Eating Disorder Inventory) emerge come i principali aspetti psicologici su cui si fonda il disturbo anoressico vengano affrontati con risultati soddisfacenti ad esclusione del perfezionismo, probabilmente tratto insito in questi pazienti, e dell'insoddisfazione corporea. Il disagio riguardo il proprio corpo, nonostante il trattamento, è confermato anche dal questionario BAQ (Body Attitudes Questionnaire), che analizza questo aspetto in maniera più approfondita, evidenziando come non vi sia un miglioramento significativo nei campi dell'insoddisfazione corporea e dell'attenzione alla taglia. Questi risultati si rendono più evidenti nei pazienti in cui non si è ottenuto un valore di CGI soddisfacente, dimostrando come il miglioramento psicologico del paziente sia un

tassello fondamentale anche per il recupero clinico. Nei pazienti con CGI non ottimale inoltre si sono riscontrati dal questionario SCL90 (Symtoms Check List 90) livelli di ansia più elevati rispetto agli altri pazienti, dimostrando come sia fondamentale non concentrarsi solo sul disturbo alimentare, ma trattare anche tutto lo spettro psicopatologico associato.

La valutazione del follow-up ad un anno è ancora incompleta e fornisce solo indicazioni parziali non potendo differenziare i gruppi in base all'esito (migliorati verso non migliorati) per i numeri ancora esigui. In generale appare evidente una tendenza al peggioramento di alcuni sintomi una volta terminato il trattamento intensivo, soprattutto per quanto riguarda le sottoscale dei test EDI e BAQ. Questi dati risultano molto importanti in quanto suggeriscono che la terapia ambulatoriale post-dimissione rappresenta un momento delicato. Per una analisi più accurata, appena i numeri lo consentiranno sarà opportuno valutare le variabili post-dimissione che possono aver influenzato il peggioramento dei sintomi e le eventuali ricadute (come il ricorso a ricoveri di riabilitazione intensiva o l'abbandono del trattamento ambulatoriale). In generale, inoltre, i nostri dati sembrano indicare che il trattamento in DH pur apportando notevoli miglioramenti nella psicopatologia alimentare e generale, non sembra associato a miglioramenti nell'immagine corporea. Questo può essere dovuto a più fattori, tra cui il fatto che il trattamento in DH rappresenta una tappa del percorso terapeutico globale in cui avviene soprattutto un recupero di peso corporeo. Questa fase quindi è quella caratterizzata dalle maggiori preoccupazioni e paure riguardo all'immagine corporea. Sottolinea anche l'importanza però di pensare ad adeguati trattamenti e ad un monitoraggio di questo fattore nel proseguo della terapia ambulatoriale perché è possibile che una alta insoddisfazione possa rappresentare un fattore di rischio per eventuali ricadute.

Per quanto riguarda i test neuropsicologici emerge come il trattamento in Day Hospital sia associato ad un miglioramento delle abilità decisionali dei pazienti (misurate tramite Cognitive Bias Task e Iowa Gambling Task) e, parzialmente, l'inflessibilità cognitiva (misurata tramite Mittenecker Pointing Test) e le abilità visuospatiali (test puzzle, che migliora solo nel gruppo di pazienti con esito positivo). È possibile quindi che in queste alterazioni un ruolo possa essere giocato dalla malnutrizione acuta e che il miglioramento del peso e dello stato

nutrizionale comporti un miglioramento del funzionamento cognitivo. Quanto però il miglioramento sia legato al peso o al miglioramento di altri fattori su cui agisce la psicoterapia, non è al momento attuale possibile stabilirlo, essendo il trattamento in DH un trattamento riabilitativo che include molti fattori terapeutici.

Al follow-up a un anno si è riscontrato un miglioramento per quanto riguarda le abilità visuospaziali e l'impulsività cognitiva suggerendo che queste alterazioni possano essere secondarie alla malnutrizione cronica e dunque tendere a ridursi nel tempo in assenza di malattia. La memoria autobiografica rimane immutata soprattutto per quanto riguarda i ricordi recenti.

Nella seconda parte dello studio sono state analizzate una serie di variabili cliniche e neuropsicologiche rapportandole all'esito del trattamento semiresidenziale stabilito con il CGI per verificare se vi fosse un'associazione significativa.

Come dimostrato già da altri studi ^{69,70} la durata della malattia prima del trattamento influisce negativamente sull'esito dello stesso. Questo conferma l'importanza di una diagnosi precoce e la necessità di iniziare quanto prima il trattamento del disturbo alimentare. Per permettere ciò è importante implementare i servizi territoriali per la prima diagnosi e sensibilizzare maggiormente la popolazione sull'argomento.

È interessante il riscontro dell'importanza di alcune variabili "sociali" nel determinare l'esito del trattamento a breve-medio termine. È stata infatti riscontrata una correlazione con il social ranking misurato con la Social Comparison Rating Scale e con il punteggio di sostegno sociale percepito misurato tramite MPSSS (Scala Multimediale del Sostegno Sociale Percepito). Dunque le pazienti che tendono a non avere un'alta considerazione di sé nel confronto con gli altri e che percepiscono uno scarso supporto sociale, tendono ad avere maggiori difficoltà nella guarigione, suggerendo come nel trattamento semiresidenziale le variabili sociali (funzionamento familiare, supporto percepito e rete amicale) continuino ad avere una importanza cruciale (maggiore anche rispetto a variabili individuali come la depressione o l'autostima). È importante quindi chiedersi come i trattamenti possono migliorare questi fattori e capire se, in

questi casi, non sia più appropriato pensare ad un trattamento riabilitativo in modalità di ricovero.

Anche ai livelli di ansia misurati con il questionario SCL-90, sono risultati predittivi di esito negativo, mentre la misurazione della stessa mediante il questionario STAI (State Trait Anxiety Inventory) non ha dimostrato correlazioni significative.

In conclusione dunque il trattamento semiresidenziale in regime di Day Hospital rappresenta una valida modalità di trattamento per l'anoressia nervosa e, in generale, per tutti i disturbi alimentari. Come evidenziato da questo studio potrebbero essere necessari ulteriori approfondimenti per ottimizzare il trattamento, personalizzandolo maggiormente anche in base al quadro psicopatologico generale del paziente. Risulta poi importante approfondire come mantenere il più possibile nel lungo periodo i risultati ottenuti con il Day Hospital, in quanto da questo studio emerge come già solo a un anno dalla dimissione vi sia un peggioramento sul piano psicopatologico. Lo studio dei fattori prognostici ha inoltre evidenziato come sia fondamentale scegliere il giusto assetto terapeutico per ogni paziente in quanto per qualcuno potrebbe risultare più utile, a parità di quadro clinico, un ricovero più intensivo.

12. Pregi e limiti dello studio

Il presente studio va interpretato alla luce di alcuni limiti metodologici. Lo studio ha coinvolto un numero di pazienti di numerosità media e va valutata la replicabilità dei risultati. Tutti i pazienti analizzati inoltre sono accomunati da una diagnosi di anoressia nervosa, dunque i risultati registrati non possono essere riferibili anche agli altri disturbi del comportamento alimentare.

Una limitazione allo studio riguarda i dati al follow-up a un anno dalla dimissione, che risultano incompleti, in quanto non per tutti i pazienti sono disponibili i dati a un anno dalla dimissione, fornendo solo indicazioni parziali. Questo non consente di differenziare questi ultimi in base all'esito (migliorati verso non migliorati secondo il CGI). In futuro ulteriori studi potrebbero approfondire l'argomento,

aumentando la numerosità campionaria, per valutare eventualmente anche possibili variabili post-dimissione che potrebbero influenzare il peggioramento dei sintomi e le eventuali ricadute.

Un punto di forza dello studio è sicuramente la numerosità di dati riferibili ad ogni paziente in quanto ciascuno di essi è stato sottoposto a molteplici questionari e test che permettono di studiare vari aspetti clinici e neuropsicologici consentendo di poter analizzare in maniera più globale i pazienti ed eventuali fattori predittivi di esito del trattamento. Questo studio è infatti uno dei primi ad associare all'esito del trattamento in Day Hospital anche alcune variabili "sociali", riscontrando come possibili fattori predittivi il social ranking e il sostegno sociale percepito dal paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. ICD-11 2022 release. Accessed January 25, 2024.
<https://www.who.int/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
2. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.
3. Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol*. 2007;62(3):181-198. doi:10.1037/0003-066X.62.3.181
4. Child and adolescent mental and brain health. Accessed January 25, 2024.
<https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
5. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):389-394.
doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
6. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*. 2003;65(4):701-708. doi:10.1097/01.psy.0000073871.67679.d8
7. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(12):1715-1721. doi:10.4088/JCP.09m05176blu
8. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(3):305-312. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305
9. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
10. Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, Zucchi T, Cosci F, Ricca V. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom*. 2006;75(6):376-383. doi:10.1159/000095444
11. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet Lond Engl*. 2010;375(9714):583-593. doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7
12. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(3):157-165. doi:10.1097/00005053-199803000-00004
13. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

14. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):195-204. doi:10.1002/eat.20810
15. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet Lond Engl*. 2005;365(9453):79-81. doi:10.1016/S0140-6736(04)17669-1
16. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Published online 2022.
17. Robinson P, Jones WR. MARSIPAN: management of really sick patients with anorexia nervosa. *BJPsych Adv*. 2018;24(1):20-32. doi:10.1192/bja.2017.2
18. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(11):977-1008. doi:10.1177/0004867414555814
19. Jäger B, Herpertz S. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. *PiD - Psychother Im Dialog*. 2013;14(04):16-21. doi:10.1055/s-0033-1363005
20. Salute M della. Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Accessed January 27, 2024. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2561
21. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(6):390-398. doi:10.1159/000350058
22. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD003909. doi:10.1002/14651858.CD003909
23. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med*. 2011;22(2):153-160. doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010
24. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. British Psychological Society (UK); 2004. Accessed February 7, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
25. Gjoertz M, Wang J, Chatelet S, Monney Chaubert C, Lier F, Ambresin AE. Nutrition Approach for Inpatients With Anorexia Nervosa: Impact of a Clinical Refeeding Guideline. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020;44(6):1124-1139. doi:10.1002/jpen.1723
26. Salute M della. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Accessed February 7, 2024. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2636

27. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4-54.
28. Abbate-Daga G, Gramaglia C, Preda S, Comba E, Brustolin A, Fassino S. Day hospital programmes for eating disorders: A review of the similarities, differences and goals. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2009;14(2-3):e31-e41. doi:10.1007/BF03327798
29. Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2017;85(11):1080-1094. doi:10.1037/ccp0000245
30. Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S. Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(1):2. doi:10.1007/s11920-015-0643-4
31. Lammers MW, Exterkate CC, De Jong C a. J. A Dutch day treatment program for anorexia and bulimia nervosa in comparison with internationally described programs. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2007;15(2):98-111. doi:10.1002/erv.767
32. Abbate-Daga G, Marzola E, De-Bacco C, et al. Day Hospital Treatment for Anorexia Nervosa: A 12-Month Follow-up Study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2015;23(5):390-398. doi:10.1002/erv.2369
33. Zanna V, Cinelli G, Criscuolo M, et al. Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study. *Front Psychiatry*. 2021;12:653482. doi:10.3389/fpsy.2021.653482
34. Madden S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):147. doi:10.5498/wjp.v5.i1.147
35. Meads C, Gold L, Burls A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? a systematic review. *Eur Eat Disord Rev*. 2001;9(4):229-241. doi:10.1002/erv.406
36. Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl*. 2014;383(9924):1222-1229. doi:10.1016/S0140-6736(13)62411-3
37. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1988;152:367-371. doi:10.1192/bjp.152.3.367
38. Herpertz-Dahlmann B. Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2021;13(4):1265. doi:10.3390/nu13041265
39. O'Brien A, McCormack J, Hoiles KJ, et al. Consensus-based perspectives of pediatric inpatient eating disorder services. *Int J Eat Disord*. 2018;51(5):401-410. doi:10.1002/eat.22857

40. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers WA, Andersen AE. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1697-1702. doi:10.1176/ajp.156.11.1697
41. Irish M, Dalton B, Potts L, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of a “stepping into day treatment” approach versus inpatient treatment as usual for anorexia nervosa in adult specialist eating disorder services (DAISIES trial): a study protocol of a randomised controlled multi-centre open-label parallel group non-inferiority trial. *Trials*. 2022;23(1):500. doi:10.1186/s13063-022-06386-7
42. Phillips M, Ince B, Webb H, et al. Autopsy of a failed trial part 1: A qualitative investigation of clinician’s views on and experiences of the implementation of the DAISIES trial in UK-based intensive eating disorder services. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2023;31(4):489-504. doi:10.1002/erv.2975
43. Seiffge-Krenke I, Gelhaar T. Does successful attainment of developmental tasks lead to happiness and success in later developmental tasks? A test of Havighurst’s (1948) theses. *J Adolesc*. 2008;31(1):33-52. doi:10.1016/j.adolescence.2007.04.002
44. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2(2):15-34. doi:10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
45. Derogatis LR, Spitzer RL. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In: *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, 2nd Ed*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999:679-724.
46. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. Body Attitude Test. Published online March 9, 2015. doi:10.1037/t06446-000
47. Southgate L, Tchanturia K, Collier D, Treasure J. The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2008;16(6):451-462. doi:10.1002/erv.870
48. Oldfield RC. The assessment and analysis of handedness: the Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*. 1971;9(1):97-113. doi:10.1016/0028-3932(71)90067-4
49. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2
50. Skapinakis P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In: Michalos AC, ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer Netherlands; 2014:6261-6264. doi:10.1007/978-94-007-0753-5_2825
51. Allan S, Gilbert P. A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personal Individ Differ*. 1995;19(3):293-299. doi:10.1016/0191-8869(95)00086-L

52. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press; 1965. Accessed February 21, 2024. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>
53. S A, behaviour GPS, Psychology, 36, 467-488 psychopathology BJ of C. THE SUBMISSIVE BEHAVIOUR SCALE. Accessed February 21, 2024. <https://scales.arabpsychology.com/s/the-submissive-behaviour-scale/>
54. Gutierrez-Zotes A, Labad J, Martorell L, et al. The revised Temperament and Character Inventory: normative data by sex and age from a Spanish normal randomized sample. *PeerJ*. 2015;3. doi:10.7717/peerj.1481
55. Waller NG, Lilienfeld SO, Tellegen A, Lykken DT. The Tridimensional Personality Questionnaire: Structural Validity and Comparison with the Multidimensional Personality Questionnaire. *Multivar Behav Res*. 1991;26(1):1-23. doi:10.1207/s15327906mbr2601_1
56. Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA. Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *Int J Eat Disord*. 2002;31(3):324-333. doi:10.1002/eat.10012
57. Reas DL. Body Checking Questionnaire (BCQ). In: Wade T, ed. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer; 2015:1-5. doi:10.1007/978-981-287-087-2_10-1
58. Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA). NovoPsych. Published February 16, 2023. Accessed February 25, 2024. <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/clinical-impairment-assessment-questionnaire-cia/>
59. Laiacona M, Inzaghi MG, De Tanti A, Capitani E. Wisconsin card sorting test: a new global score, with Italian norms, and its relationship with the Weigl sorting test. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol*. 2000;21(5):279-291. doi:10.1007/s100720070065
60. *Le Test de copie d'une figure complexe: contribution à l'étude de la perception et de la mémoire...* Delachaux & Niestlé; 1944.
61. Vellante M, Baron-Cohen S, Melis M, et al. The "Reading the Mind in the Eyes" test: systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognit Neuropsychiatry*. 2013;18(4):326-354. doi:10.1080/13546805.2012.721728
62. Bull PN, Tippett LJ, Addis DR. Decision making in healthy participants on the Iowa Gambling Task: new insights from an operant approach. *Front Psychol*. 2015;6:391. doi:10.3389/fpsyg.2015.00391
63. Giannunzio V, Degortes D, Tenconi E, et al. Decision-making impairment in anorexia nervosa: New insights into the role of age and decision-making style. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2018;26(4):302-314. doi:10.1002/erv.2595
64. Bartholdy S, Dalton B, O'Daly OG, Campbell IC, Schmidt U. A systematic review of the relationship between eating, weight and inhibitory control using the stop signal task. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;64:35-62. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.02.010

65. Podell K, Lovell M, Zimmerman M, Goldberg E. The Cognitive Bias Task and lateralized frontal lobe functions in males. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995;7(4):491-501. doi:10.1176/jnp.7.4.491
66. Schulter G, Mittenecker E, Papousek I. A computer program for testing and analyzing random generation behavior in normal and clinical samples: The Mittenecker Pointing Test. *Behav Res Methods*. 2010;42(1):333-341. doi:10.3758/BRM.42.1.333
67. Colombo L, Sartori G, Brivio C. Stima del quoziente intellettivo tramite l'applicazione del TIB (Test Breve di Intelligenza). *G Ital Psicol*. 2002;(3/2002). doi:10.1421/1256
68. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale. *Psychiatry Edgmont*. 2007;4(7):28-37.
69. Austin A, Flynn M, Richards K, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2021;29(3):329-345. doi:10.1002/erv.2745
70. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017;51(2):205-218. doi:10.12740/PP/64580