

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

**L'impatto della pandemia da COVID-19 sui ricoveri per disturbi
del comportamento alimentare di tipo anoressico e restrittivo in
Neuropsichiatria Infantile: studio clinico riferito al decennio
2013-2023**

**The impact of COVID-19 pandemic on hospitalizations for anorexic and
restrictive eating disorders in Child Neuropsychiatry: clinical study
referred to 2013-2023 decade**

Relatrice:
Prof.ssa Michela Gatta

Laureanda: Samanta Gadler
Matricola: 2020926

Anno Accademico 2023-2024

INDICE

ABSTRACT in italiano e in inglese pg.4

1. INTRODUZIONE pg. 5

Riassunto introduttivo pg. 5

PARTE 1

1.1 I DNA pg. 7

1.1.1 Definizioni e tipologie di DNA pg. 7

1.1.2 Modalità d'esordio e caratteristiche di AN e DA evitante-restrittivo pg. 7

1.1.3 Epidemiologia di AN e DA evitante-restrittivo negli adolescenti pg.8

1.1.4 Comorbidità principali pg. 9

1.1.5 Eziopatogenesi pg. 9

1.2 Approccio e trattamento dei DA in età evolutiva pg. 10

1.3 L'impatto della pandemia da Covid-19 sugli adolescenti pg. 12

1.3.1 La pandemia da Covid-19 pg. 12

1.3.2 Periodi critici, misure di lockdown e salute mentale pg. 12

PARTE 2

1. Scopo dello studio pg. 14

3. MATERIALI E METODI

3.1 Contesto: L'U.O.C di Neuropsichiatria infantile di Padova pg. 14

3.2 Partecipanti pg. 14

3.3 Metodologia e variabili dello studio pg. 15

3.4 Analisi statistiche pg.15

4. RISULTATI pg. 17

5. DISCUSSIONE pg. 27

6. CONCLUSIONI pg. 30

7. BIBLIOGRAFIA pg. 32

ABSTRACT

Scopo: Lo scopo del presente studio è di valutare l'impatto che la pandemia da Covid-19 e le misure restrittive ad essa correlate, ha avuto su giovani con DNA, in particolare Anoressia nervosa e Disturbo alimentare evitante-restrittivo, sia sul piano epidemiologico sia su quello clinico-assistenziale.

Metodi: Sono stati raccolti i casi di AN, DA evitante-restrittivo e DA NAS del reparto di Neuropsichiatria infantile dell'ospedale di Padova negli anni 2013-2023, le 130 pazienti sono poi state divise in 3 gruppi, uno precedente allo scoppio della pandemia, uno durante la pandemia e l'ultimo nella fase post-pandemica. In seguito sono state analizzate le differenze tra i tre gruppi a partire da dati ricavati dalle cartelle cliniche.

Risultati: Lo studio conferma un grande aumento del numero dei casi di AN e DA evitante-restrittivo durante il periodo pandemico/post-pandemico e un aumento degli accessi in emergenza rispetto al periodo pre-pandemico.

Conclusioni: La pandemia ha portato ad un grande aumento della numerosità di queste patologie, sottolineando la necessità di attenzione relativa all'argomento e il bisogno di nuove misure volte a ridurre l'impatto dei Disturbi alimentari sulla popolazione adolescente.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to evaluate the impact that the Covid-19 pandemic and the related restrictive measures have had on young people diagnosed with DNA, in particular Anorexia nervosa and Avoidant-restrictive eating disorder, both on an epidemiological and clinical-assistance level.

Methods: AN, avoidant-restrictive EDs and unspecified EDs cases were collected from the Padua Hospital's Child Neuropsychiatry ward, in the years 2013-2023, the 130 patients were then divided into three groups, one dated before the pandemic's start, one during the pandemic and the last in the post-pandemic phase. The differences between the three groups were then analyzed using data collected from the medical records.

Results: The study confirms a large increase in the number of cases of avoidant-restrictive EDs and AN during the pandemic/post-pandemic period and we observed an increase in emergency accesses respect the pre-pandemic period.

Conclusions: The pandemic has led to a large increase in the number of these EDs, underlining the need for attention to the topic and the need for new measures aimed at reducing the impact of eating disorders on the adolescent population.

1. INTRODUZIONE

Riassunto introduttivo

La pandemia da Covid-19 e le conseguenti misure restrittive hanno avuto un grande impatto su tutta la popolazione, in particolare sulla parte più vulnerabile, bambini, adolescenti, anziani, operatori sanitari e persone con patologie. Infatti, diversi studi riportano un aumento significativo di disturbi mentali dall'inizio della pandemia, la quarantena e le misure restrittive, l'isolamento dai propri cari, l'incertezza per la salute possono essere considerati fattori di rischio per l'insorgenza, il mantenimento e le recidive di diversi disturbi mentali, tra cui i disturbi alimentari (DA) (Fernandez et al., 2020; Touyz et al., 2020; Deolmi & Pisani, 2020; Orben et al., 2020; Muruganandam et al., 2020).

I disturbi del comportamento alimentare sono, secondo la definizione del DSM-V “caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”.

All'interno dei DA, l'anoressia nervosa è la problematica alimentare con maggior incidenza, è caratterizzata da una riduzione dell'assunzione di cibo che porta ad un peso corporeo basso rispetto a quanto previsto in base all'età, al sesso e all'altezza. Il paziente con AN attua una restrizione dietetica, svolge eccessiva attività fisica e presenta comportamenti compensatori ed eliminatori, con la conseguente riduzione dell'introito calorico assunto. Queste condotte, solitamente, derivano da un'alterazione della visione della propria immagine corporea e da una preoccupazione eccessiva per l'aumento di peso. L'eziopatogenesi del disturbo è di tipo multifattoriale, ovvero fattori genetici, psicologici e ambientali interagiscono tra loro e contribuiscono a dare origine al disturbo. Un elemento su cui prestare particolare attenzione è il tasso di mortalità di questa patologia, il quale è uno dei più alti tra tutte le patologie psichiatriche, hanno una probabilità 5 volte più alta di decesso per qualsiasi causa e morte per suicidio 18 volte più alta rispetto alla popolazione generale (Guarda A, 2023).

In questo studio sono stati raccolti i dati clinici di pazienti ricoverate per AN, DA evitante-restrittivo e DA NAS (non altrimenti specificati) nel reparto di Neuropsichiatria infantile dell'ospedale di Padova nel decennio 2013-2023. Il campione è stato poi suddiviso in 3 gruppi: pre-pandemico, pandemico e post-pandemico, caratterizzato dalla fine dello stato d'emergenza e dalla ripresa graduale delle precedenti modalità di vita quotidiana. L'obiettivo del presente studio è quello di esaminare se i ricoveri ospedalieri per disturbi del comportamento alimentare presentano eventuali differenze o analogie significative nelle tre

fasi.

La prima parte è dedicata alla descrizione delle varie tipologie di DA, in particolare quelle prese in esame nel seguente studio: Anoressia nervosa e DA evitante-restrittivo, la loro clinica ed eziologia. Successivamente verrà delineato il percorso diagnostico terapeutico indicato dalle “Linee guida ministeriali”. Nella parte conclusiva della prima parte si focalizzerà l’attenzione sull’impatto sulla salute mentale degli adolescenti che la pandemia da Covid-19 ha avuto, facendo riferimento alla principale letteratura presente su questo tema. Nella seconda parte dell’introduzione, verrà presentata la ricerca clinica, delineando lo scopo del presente studio.

PARTE 1

1.1 I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

1.1.1 Definizioni e tipologie di DNA

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o DNA sono patologie psichiatriche che si caratterizzano per un'intensa preoccupazione riguardo al cibo, accompagnata da un'alterazione nella percezione del proprio peso e della propria immagine corporea, al punto da ridurre l'introito calorico, sottoponendosi ad esercizio fisico costante ed eccessivo (condotte compensatorie o eliminatorie), soprattutto nell'anoressia nervosa. Diversamente, comportamenti come l'alimentazione incontrollata, l'abbuffata, seguito poi da periodi di astensione dal cibo sono più tipici nelle pazienti con BED(Binge Eating Disorder). Si suddividono in: anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), disturbo da alimentazione incontrollata (BED), disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), disturbo da pica e ruminazione (RD) e altri disturbi dell'alimentazione con altra specificazione. Come riportato nel portale della Regione Veneto (2024) , queste manifestazioni psicopatologiche rappresentano oggi un problema sociosanitario, che negli ultimi anni è progressivamente aumentato, tanto da rappresentare un fenomeno di grande allarme sociale.

1.1.2 Modalità d'esordio e caratteristiche di AN e DA evitante-restrittivo

L'anoressia nervosa è il disturbo psichiatrico con la più alta mortalità (10-20%), è un disturbo che colpisce prevalentemente la popolazione femminile di età compresa tra i 14 e i 25 anni, con un picco a 14-15 anni. È noto che il periodo adolescenziale è uno tra i più critici per lo sviluppo di patologie psichiatriche, nel caso dei DNA si pensa che i processi evolutivi di questa fase, sia biologici che psicologici, possono essere considerati fattori favorenti lo sviluppo della patologia. L'ambiente familiare e il riconoscimento precoce di questo disturbo è fondamentale, contribuendo ad una prognosi più favorevole. Tra i segnali precoci vi è l'inizio di una dieta rigida eseguita in autonomia, senza un consulto specialistico, che poi arriva ad avere aspetti di rigidità, eccessivo controllo e focalizzazione caloriche, esercizio fisico, alterazioni del tono dell'umore, spesso si può notare che le ragazze cominciano a saltare i pasti o correre in bagno dopo aver mangiato. I pazienti presentano un peso significativamente basso, causato dalle restrizioni alimentari o da abbuffate seguite poi da

condotte eliminatorie (vomito autoindotto, lassativi, diuretici ec.). Nell'anoressia e nel DA evitante- restrittivo, la restrizione dell'apporto calorico e in taluni casi le condotte compensative e/o eliminatorie portano a trascurare i fabbisogni energetici ed orientarsi sul polo negativo del bilanciamento energetico, con conseguente perdita di peso e problemi di salute fisica e psicologica. Tra i problemi di salute fisica, vi è l'amenorrea o irregolarità mestruali, problemi di circolazione del sangue, infatti, spesso le estremità del corpo di queste pazienti appaiono bianche e fredde. Vi possono essere situazioni di riduzione della pressione arteriosa, bradicardia, aritmia, problematiche di vario tipo del tratto gastro-intestinale e disordini ematologici.

Il BMI (Body Mass index) è utilizzato come indice di soglia di gravità dell'AN, ottenuto dividendo il peso corporeo (in kg) per l'altezza (in metri) elevato al quadrato. Si distinguono 4 livelli di gravità del disturbo: lieve ($BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$), moderato ($BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$), grave ($BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$) ed estremo ($BMI < 15 \text{ kg/m}^2$).

Dalla storia delle pazienti con An è possibile riscontrare caratteristiche in comune: la presenza di un'attività agonistica o comunque sportiva, eccessiva preoccupazione per i risultati scolastici, rapporti con i pari e con i genitori a volte difficili o conflittuali.

1.1.3. Epidemiologia di AN e DA evitante-restrittivo negli adolescenti

La presenza del disturbo, nelle donne di età compresa tra i 14 e i 25 anni, si stima sul 3-4%, la prevalenza è comunque sottostimata considerata la scarsa consapevolezza nelle fasi iniziali e un rifiuto della terapia in quelle successive, si presuppone che ne faccia parte circa il 5% della popolazione femminile (Ministero della salute/Regione Lombardia).

Risulta inoltre che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 9-12 per la Bulimia nervosa e che l'età di esordio cade fra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni.

Precedentemente l'AN era considerata un disturbo tipico delle società industrializzate occidentali, mentre evidenze recenti rivelano un aumento dell'AN anche nelle minoranze etniche dei paesi non occidentali, come risultato della globalizzazione e dell'accesso ai contenuti mediatici.

Si è modificato il rapporto maschi/femmine che è stimato pari a 1:9, ma il numero dei maschi è in crescita ed associato alla delineazione di nuovi disturbi tipici del sesso maschile: bigorexia o *reverse anorexia* (Pecini & Brizzolara, 2020).

1.1.4. Comorbidità principali

Osservando la presenza di altri disturbi in comorbidità ai Dna, un'analisi dei dati regionali del Veneto evidenzia che il 41% delle pazienti presenta due o più condizioni croniche in concomitanza, più di frequente si tratta di un altro disturbo psichiatrico (disturbi della personalità, depressione, disturbi d'ansia, disturbo bipolare, psicosi, abuso di sostanze). Molto spesso sono presenti comportamenti autolesivi, visibili da contusioni ed abrasioni sul corpo. Vi possono poi essere concomitanti patologie endocrine, problemi gastro-intestinali e carenze nutrizionali. È stata trovata una comorbidità con il disturbo depressivo, il quale correla con un maggior rischio di suicidio nelle pazienti con disturbi dell'alimentazione, andando a costituire il 20% delle cause di morte in pazienti con DNA. Svolgere una corretta diagnosi differenziale, distinguendo tra patologia primaria e secondaria, permette di impostare una terapia efficace a seconda delle priorità.

Disturbi d'ansia e depressivi tendono ad andare in remissione, poiché viene effettuata la terapia sulla patologia principale (DNA) e sintomi depressivi ed ansiosi di conseguenza tendono a ridursi. Infine, se è presente anche un disturbo di abuso di sostanze la paziente deve ricevere un trattamento specifico per evitare che il disturbo alimentare, una volta curato, non venga sostituito dall'abuso di sostanze, infatti, si è visto che i due disturbi hanno fattori eziopatologici in comune.

1.1.5. Eziopatogenesi

Per spiegare l'insorgenza del disturbo si ricorre ad un modello eziologico multifattoriale, l'interazione tra fattori predisponenti, quelli che portano ad un maggior rischio di sviluppare l'AN (emozionalità negativa enterocettiva, perfezionismo, impulso alla magrezza, aumentata consapevolezza, personalità ossessivo-compulsiva), fattori precipitanti (sviluppo cerebrale, modificazioni ormonali, stress, fattori culturali, mass-media) che portano alla manifestazione del disturbo e che viene poi mantenuto tramite i fattori perpetuanti (restrizione alimentare, perdita di peso, cambiamenti neuro-biologici, diniego, rigidità, ansia e depressione) che rendono più difficile la consapevolezza della patologia.

Nella fase adolescenziale inizia il processo di graduale separazione ed individuazione, in cui si intraprende il graduale distacco dall'ambiente familiare, per costruire la propria rete sociale e la propria personalità, in uno scambio reciproco. Da una prospettiva psicodinamica,

i sintomi dell'An possono essere letti come un bisogno di dipendenza irrisolto e la mancanza o il blocco nell'acquisizione di maggior autonomia.

La sintomatologia principale dell'AN riguarda il desiderio di tenere sotto controllo il proprio corpo, la pubertà infatti è caratterizzata da importanti cambiamenti a livello corporeo ed ormonale che formano la dimensione corporea dell'identità. L'instabilità dell'immagine corporea produce a sua volta una rielaborazione cognitiva di tutte le idee, gli affetti circa il proprio corpo, l'adolescente spesso vive in maniera angosciata la scarsa stabilità di queste rappresentazioni, in cui la maturazione psicologica procede più lentamente rispetto a quella fisica.

Il corpo viene vissuto come uno strumento, allo stesso tempo necessario per raggiungere la maturità, ma anche inadeguato a tale compito a causa delle valutazioni della persona circa la sua componente psicologica.

1.2. Approccio e trattamento dei DNA in età evolutiva

Per il trattamento dei disturbi alimentari in età evolutiva sono state pubblicate le “Linee guida ministeriali” contenute nei due documenti pubblicati dall'Istituto Superiore di *Sanità* e dal *Ministero della Salute*. Il primo è la “Sintesi della Conferenza di Consenso” (2012), A partire dalla valutazione dell'evidenza scientifica contenente indicazione sulla gestione appropriata dei Disturbi Alimentari negli adolescenti e nei giovani adulti ed ha portato alla pubblicazione del Rapporto Istisan sull'argomento. Il documento è suddiviso in tre aree: la dimensione epidemiologica e clinico assistenziale; la prevenzione ed i modelli organizzativi. Dalla prima emerge una carenza di studi epidemiologici sul piano metabolico e sulla valutazione della nutrizione. Per quanto riguarda la prevenzione, sono necessarie azioni integrate, con il coinvolgimento di equipe multidisciplinari, con metodi di prevenzione per mitigare i possibili fattori di rischio, come la convinzione che vi sia un'ideale di magrezza e una generale insoddisfazione della forma del corpo, si è visto che molto utili sono le tecniche di dissonanza cognitiva e di alfabetizzazione mediatica. Circa i modelli organizzativi, quello dell'elezione per la gestione dei disturbi alimentari è quello multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale integrato. Nel percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo si prendono in considerazione sia gli aspetti psicologici, psicopatologici sia clinico-nutrizionali e socio-ambientali, a seconda della tipologia di DNA, della sua gravità sintomatologica, dell'età. L'equipe multidisciplinare deve prevedere in ogni ambito una formazione ed esperienza specifica sui DNA, includendo nel percorso terapeutico i famigliari del paziente.

Sempre nello stesso documento si sottolinea l'importanza della ricerca e dell'aggiornamento continuo in modo da offrire la migliore qualità di cure al paziente, ciò implica lo svolgimento di interventi di sensibilizzazione e formazione per tutti gli operatori sanitari, la condivisione di indicatori di gravità clinica, di esito e di fattori cronicizzanti, ed infine il monitoraggio del percorso terapeutico dei pazienti in età evolutiva.

L'altro documento è la "Sintesi dei Quaderni del Ministero della Salute" (2013), contenente le conoscenze attuali sui DNA, da utilizzare poi come linee guida nei servizi sanitari delle Regioni italiane. Si tratta di un documento di facile lettura, con linguaggio semplice, con l'intento di trasmetterlo a chiunque fosse interessato alla tematica.

Nella prima parte viene esposta l'epidemiologia, l'eziopatogenesi e le caratteristiche cliniche, comportamentali, psicopatologiche ed infine le complicanze mediche dei disturbi alimentari. Successivamente viene focalizzata l'attenzione sul rapporto tra obesità e disturbi alimentari, i centri per i DNA dovrebbero avere un centro di cura e consulenza per eventuali trattamenti chirurgici e per eventuali disturbi psichiatrici che interferiscono con il trattamento.

Nella terza parte troviamo una descrizione delle diverse conseguenze della mancata assunzione di cibo, non solo dal punto di vista fisico, ma soprattutto da quello psicologico, comportamentale e sociale. Viene poi sottolineata l'importanza degli stili di vita per la popolazione generale, essi infatti possono svolgere, a seconda di quale si adotti, un ruolo protettivo o al contrario di mantenimento della problematica alimentare. I programmi di prevenzione e la diagnosi precoci sono fondamentali per un buon esito, ciò anche grazie all'aiuto di medici di medicina generale e pediatri.

Inoltre, per quanto riguarda il trattamento, risulta fondamentale l'alleanza terapeutica per la gestione di eventuali ambivalenze nel paziente, più nello specifico le terapie che hanno mostrato miglior efficacia sono: la terapia basata sulla famiglia, soprattutto per l'AN, la terapia cognitivo comportamentale e interpersonale per la bulimia nervosa e il *Binge-eating disorder*. La terapia farmacologica è somministrata, sempre all'interno di un percorso terapeutico integrato, soprattutto nei casi di sintomi psicotici e di sintomi specifici.

L'intervento nutrizionale può comprendere il pasto assistito, dei supplementi nutrizionali e, nei casi in cui risulti necessario, la nutrizione attraverso il sondino nasogastrico.

In accordo con il documento precedente, anche qui vengono valorizzati due principi generali per il trattamento dei DA che riguardano: l'approccio multidimensionale, interdisciplinare e pluri-professionale integrato. Inoltre vengono descritte le linee guida per i cinque livelli di intervento: medico di medicina generale o pediatria di libera scelta; terapia ambulatoriale

specialistica; terapia ambulatoriale intensiva o riabilitazione semiresidenziale; riabilitazione intensiva ospedaliera; ricovero ordinario e di emergenza.

1.3. L'impatto della pandemia da Covid-19 sugli adolescenti

1.3.1. La pandemia da Covid-19

La pandemia da Covid-19 è stato un evento improvviso e che ha coinvolto tutto il mondo, con ripercussioni di enorme portata. In Italia, il 21 febbraio 2020 sono stati messi in quarantena 11 comuni del Nord-Italia, dove sono stati scoperti i primi focolai del virus da Sars-Cov-2, agente patogeno del CoronaVirus Disease. Il presidente del consiglio Conte emanò il primo DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) per tentare di contenere la diffusione del virus. La quarantena si è estesa poi alla Lombardia e 14 provincie del Centro-Nord (tra cui la provincia di Padova) e il 9 marzo tutto il territorio nazionale è entrato in lockdown. La chiusura delle scuole, con il passaggio ad una didattica a distanza, ha rivoluzionato la vita dei bambini e di adolescenti e delle loro famiglie. Sono stati poi emanati nuovi decreti leggi, con ulteriori restrizioni, circa la chiusura di tutte le attività produttive non essenziali e l'obbligo per tutti i cittadini di rimanere a casa, gli eventuali spostamenti dovevano essere di comprovata necessità o per urgenza.

A partire dal 3 maggio 2020 si assiste ad una graduale riduzione delle misure del lockdown ed il 13 giugno terminano del tutto, andando incontro alla fase di riapertura estiva. L'8 ottobre i casi di Covid tornano a salire, il governo decide di utilizzare un sistema di divisione a colori delle regioni italiane a seconda dei dati epidemiologici di diffusione del virus. Dopo quest'altra ondata c'è stata una fase di attenuazione, ed infine l'ultima ondata nei primi mesi del 2021. A partire dal 25 aprile si assiste ad un graduale allentamento delle misure, grazie alla campagna di vaccinazione, iniziata a gennaio 2021. Dopo due anni dall'inizio della pandemia, il primo aprile 2022 termina lo stato d'emergenza.

1.3.2. Periodi critici, misure di lockdown e salute mentale

Le restrizioni dovute alla pandemia e l'isolamento sociale hanno creato maggiori situazioni di stress, sensazioni di perdita di controllo sulla propria vita, ansia, incertezze per il futuro, noia. Da alcuni studi emerge che la quarantena non ha creato effetti solo a breve termine, ma avrebbe agito anche a livello più profondo, cambiando per sempre i comportamenti delle persone (Wing Chit et al., 2009). Inoltre, la costrizione alla quarantena e l'aver lavorato in reparti ospedalieri ad alto rischio di contrazione del virus, come i reparti Sars, si associano

all'instaurarsi o all'amplificarsi di problematiche di dipendenza da alcool e altre sostanze, soprattutto usate come strategia per fronteggiare stress e sintomi depressivi. Durante il lockdown si è passati ad una modalità telematica per molte prestazioni, tra cui quelle ambulatoriali, la maggior parte delle visite venivano fatte in video-chiamata o tramite e-mail, escluse le visite più urgenti. Evidentemente questo cambiamento ha influenzato la salute di ognuno, ma in modo particolare le pazienti con DNA hanno risentito di tale stress, aumentando l'insicurezza nell'assunzione dei cibi. Inoltre, l'uso continuativo dei social media ha aumentato sentimenti di solitudine, ha generato un'ansia per la salute e un generale senso di angoscia per le notizie riportate. L'esposizione a essi può esacerbare problematiche alimentari, a causa della visione di contenuti che promuovono diete restrittive e attività fisiche eccessive.

In questo studio Schlegl e colleghi (2020) osservano che la metà delle pazienti ha riportato un aumento della sintomatologia, soprattutto per quanto riguardava i sintomi ansioso-depressivi. Un altro studio ha riportato un peggioramento dei sintomi centrali della patologia alimentare durante la prima ondata del virus, in cui si è osservato un aumento della restrizione calorica, dei comportamenti eliminatori (vomito autoindotto), un maggior esercizio fisico in queste pazienti e una maggior focalizzazione sugli aspetti di dismorfismo (Hunna et al., 2020).

In sintesi, i cambiamenti legati alla pandemia che più sono risultati come fattori di rischio per l'insorgenza e il mantenimento dei DNA sono: le modifiche nella vita quotidiana che hanno avuto ripercussioni sulla gestione dei pasti e l'accesso agli alimenti e sulla regolare attività fisica; il maggior utilizzo di social media, che hanno facilitato l'instaurarsi di preoccupazioni circa la propria immagine corporea; lo scarso coinvolgimento sociale; la telemedicina che ha modificato la modalità di svolgimento delle visite.

PARTE 2

1.4 Scopo dello studio

Questo studio valuta l'impatto che la pandemia da Covid-19 e le relative misure restrittive adottate, ha avuto sulle pazienti con DNA, in particolare quelle con Anoressia nervosa e DA evitante-restrittivo, osservando sia i dati epidemiologici che clinici-assistenziali.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Contesto: l'UOC di Neuropsichiatria infantile di Padova

Lo studio ha incluso i pazienti ricoverati c/o UOC di Neuropsichiatria infantile (NPI) dell'Azienda ospedaliera di Padova, uno dei due centri hub della Regione Veneto per il trattamento delle patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva. All'interno della struttura ospedaliera si trova il reparto pediatrico, formato da 22 posti letto, 8 di questi sono dedicati a minori con patologia neuropsichica residenti nel territorio dell'ULSS 6 Euganea e delle zone limitrofe. Il personale ospedaliero specializzato si occupa dell'accoglienza (soprattutto da pronto soccorso), dell'inquadramento psicopatologico, della diagnosi differenziale e del trattamento psicoterapico e psicofarmacologico. L'iter diagnostico-terapeutico è svolto da un'equipe multidisciplinare, formata da medici, neuropsichiatri, psicologi clinici, psicoterapeuti, nutrizionisti, educatori, fisioterapisti ed infermieri. Per strutturare il tipo di intervento vengono utilizzati test strutturati e non, test proiettivi, test neuropsicologici e la terapia psicoterapica combinata con eventuali trattamenti medico-psichiatrici.

La uoc di Neuropsichiatria infantile è luogo di formazione e specializzazione per diverse figure professionali: medici in formazione specialistica della Scuola di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile e in Pediatria, dottorandi e ricercatori, studenti di Medicina in tirocinio pre e post Lauream, psicologi in tirocinio per le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia o master o tirocinio pre e post lauream, educatori professionali in tirocinio pre lauream.

3.2 Partecipanti

In questo studio sono state analizzate le cartelle cliniche di 130 pazienti ricoverate presso l'Uoc di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale di Padova con diagnosi di DNA evitante-restrittivo, Anoressia o Dna non altrimenti specificato nel periodo da gennaio 2013 a dicembre 2023. Le pazienti sono poi state suddivise in 3 gruppi a seconda del periodo: pre-

pandemico (gennaio 2013- marzo 2020), pandemico (marzo 2020- dicembre 2021) e post-pandemico (gennaio 2022- dicembre 2023).

3.3 Metodologia e variabili dello studio

I dati dello studio sono stati raccolti attraverso l'analisi delle cartelle cliniche e delle lettere di dimissione, le quali contengono un'anamnesi accurata del paziente ed eventuali indicazioni sulla presa in carico successiva al ricovero.

Le variabili prese in esame sono: anno di accesso, tipologia di DNA diagnosticata, familiarità psichiatriche, comorbidità psichiatriche, uso/abuso di alcol, uso/abuso di sostanze, abitudine tabagica, terapia farmacologica e relative combinazioni, psicoterapia, modalità di ricovero, durata di ricovero, servizi post dimissione, utilizzo di sondino nasogastrico, utilizzo di dispositivi elettronici, autolesionismo, ideazione suicidaria, BMI.

3.4. Analisi statistiche

I dati delle pazienti sono stati inseriti in un foglio di lavoro Excel, formato da un dataset con le variabili indagate, il file Excel è stato poi utilizzato per l'analisi statistica attraverso il programma Jamovi. Inizialmente sono state effettuate analisi descrittive sulle variabili indagate in modo da osservare le caratteristiche del campione. Una volta eseguite queste, sono state svolte le correlazioni statistiche tra le variabili e i tre gruppi dello studio, per le variabili continue si è utilizzato Anova a una via (Fisher) e per quelle categoriali il test del χ^2 . A partire dalla letteratura scientifica sull'argomento sono state formulate le seguenti ipotesi:

- Dall'inizio della pandemia si è verificato un aumento del numero di pazienti con AN e DA evitante- restrittivo
- Autolesionismo e ideazione suicidaria sono aumentati tra le pazienti con AN e DA evitante-restrittivo.
- E' aumentato l'utilizzo di dispositivi elettronici e social.
- Il tempo medio di ospedalizzazione è aumentato.
- Non sono emerse variazioni nella necessità di ricorrere ad un'alimentazione attraverso il sondino nasogastrico.
- Il BMI alla diagnosi non ha presentato differenze rispetto al periodo pre-pandemico.

Oltre a queste ipotesi ne sono state aggiunte due esplorative: una riguarda la modalità d'accesso, andando a verificare se il numero degli accessi in emergenza ha presentato variazioni nei tre periodi.

Con l'altra ipotesi esplorativa si vuole verificare se con il graduale allentamento delle restrizioni e il ritorno ad una modalità di vita quotidiana più simile a quella pre-pandemica, il numero dei casi di An e DA evitante-restrittivo si è mantenuto stabile anche nella fase post-pandemica?

4. RISULTATI

Caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione

| | Counts | % of Total | Cumulative % |
|----------------|--------|------------|--------------|
| Pre-pandemico | 33 | 25.4 % | 25.4 % |
| Pandemico | 54 | 41.5 % | 66.9 % |
| Post-pandemico | 43 | 33.1 % | 100.0 % |

Tabella 1. Accessi durante le fasi

| ANNO DI ACCESSO | Counts | % of Total | Cumulative % |
|-----------------|--------|------------|--------------|
| 2013 | 1 | 0.8 % | 0.8 % |
| 2014 | 5 | 3.8 % | 4.6 % |
| 2015 | 9 | 6.9 % | 11.5 % |
| 2016 | 3 | 2.3 % | 13.8 % |
| 2017 | 3 | 2.3 % | 16.2 % |
| 2018 | 4 | 3.1 % | 19.2 % |
| 2019 | 7 | 5.4 % | 24.6 % |
| 2020 | 12 | 9.2 % | 33.8 % |
| 2021 | 43 | 33.1 % | 66.9 % |
| 2022 | 20 | 15.4 % | 82.3 % |
| 2023 | 23 | 17.7 % | 100.0 % |

Tabella 2. Anno di accesso

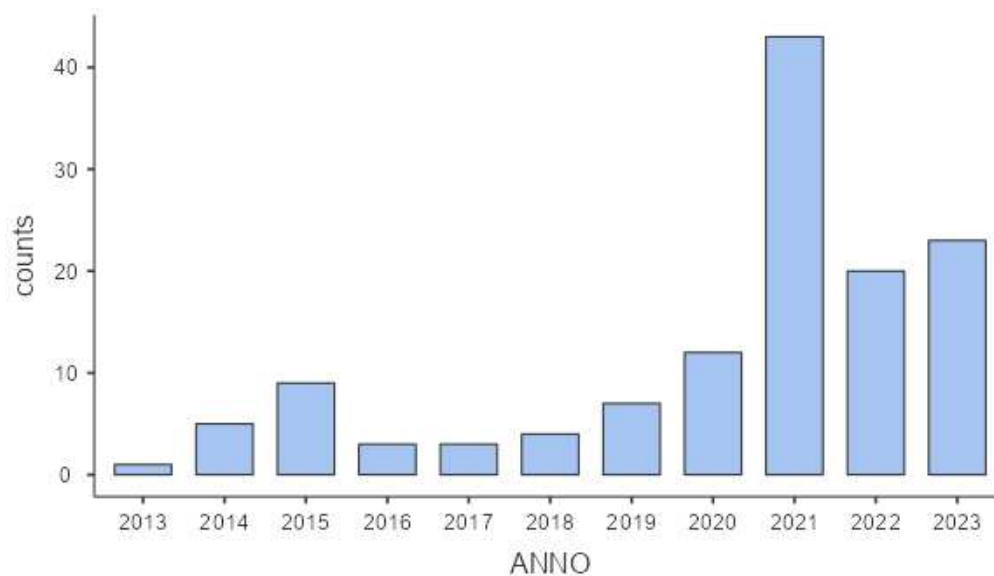


Tabella 3. Grafico anno di accesso

Nella tabella 1 si può osservare il numero di pazienti ricoverate per AN e DA evitante-restrittivo, nel periodo pre-pandemico (2013- marzo 2020) ci sono stati 33 ricoveri (25% del totale del campione); nella fase pandemica (marzo 2020- dicembre 2021) 54 ricoveri (41% del totale del campione) e nella fase successiva all'emergenza (gennaio 2022- dicembre 2023) 43 ricoveri (33% del campione). Nella tabella 2 l'aumento con la diffusione della pandemia è ben evidenziato, osservando le percentuali di accesso anno per anno, negli anni precedenti la pandemia il numero di accessi si mantiene per lo più stabile, dal 2020 si osserva una numerosità sempre più ampia, con il picco nel 2021 (33% di accessi).

| Familiarità psichiatrica | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--------------------------|--------|------------|--------------|
| No | 46 | 35.7 % | 35.7 % |
| Si | 83 | 64.3 % | 100.0 % |

Tabella 4. Familiarità psichiatrica

| Comorbidità psichiatrica | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--------------------------|--------|------------|--------------|
| No | 43 | 33.1 % | 33.1 % |
| Si | 87 | 66.9 % | 100.0 % |

Tabella 5. Comorbidità psichiatriche

Osservando altre caratteristiche del campione, l'età media è di 14.6 anni (deviazione standard di 1.87), con un minimo di 7 anni e un massimo di 17. Quasi la totalità del campione è di sesso femminile (94.6 %) e di sesso maschile solo il 5.4%. All'anamnesi, il 64.3% delle pazienti aveva almeno un familiare che presentava un disturbo psichiatrico (Tab. 4) e il 70% un disturbo psichiatrico in comorbidità (Tab. 5).

| Uso/abuso alcol | Counts | % of Total | Cumulative % |
|-----------------|--------|------------|--------------|
| No | 124 | 96.1 % | 96.1 % |
| Si | 5 | 3.9 % | 100.0 % |

Tabella 6. Uso/abuso di alcool

| Uso/abuso sostanze | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--------------------|--------|------------|--------------|
| 0 | 127 | 98.4 % | 98.4 % |
| 1 | 2 | 1.6 % | 100.0 % |

Tabella 7. Uso/abuso di sostanze

| tabagismo | Counts | % of Total | Cumulative % |
|-----------|--------|------------|--------------|
| 0 | 124 | 96.1 % | 96.1 % |
| 1 | 5 | 3.9 % | 100.0 % |

Tabella 8. Tabagismo

Per quanto riguarda l'uso/abuso di alcool, di sostanze e l'abitudine al fumo, si può osservare che era assente nella maggior parte delle pazienti.

Uso di dispositivi elettronici

| | Uso devices | | |
|---------------|-------------|---------|-------|
| | <4h/die | >4h/die | Total |
| Pre-pandemia | 5 | 3 | 8 |
| Pandemia | 10 | 12 | 22 |
| Post-pandemia | 5 | 3 | 8 |
| Total | 20 | 18 | 38 |

Tabella 9. Uso di dispositivi elettronici

Sebbene l'utilizzo di devices sia aumentato durante la pandemia, non sono emerse variazioni statisticamente significative nei tre periodi rispetto all'uso di tecnologia, social e devices ($\chi^2 = 7.29$ df= 4 p=0.121).

Terapia

| TERAPIA FARMACOL SI/NO | Counts | % of Total | Cumulative % |
|------------------------|--------|------------|--------------|
| No | 22 | 16.9 % | 16.9 % |
| Si | 108 | 83.1 % | 100.0 % |

Tabella 10. Terapia Farmacologica

| MONO/POLITER | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--------------|--------|------------|--------------|
| Monoterapia | 39 | 36.1 % | 36.1 % |
| Politerapia | 69 | 63.9 % | 100.0 % |

Tabella 11. Mono/politerapia

| Combinazioni terapia | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|--------|------------|--------------|
| Neurolettici (NL) | 13 | 12.0 % | 12.0 % |
| NL+ Antidepressivi+ Benzodiazepine (BDZ) + Stabilizzanti dell'umore | 2 | 1.9 % | 13.9 % |
| Stabilizzanti dell'umore | 2 | 1.9 % | 15.7 % |
| Antidepressivi | 16 | 14.8 % | 30.6 % |
| BDZ | 8 | 7.4 % | 38.0 % |
| BDZ + NL | 10 | 9.3 % | 47.2 % |
| NL+ BDZ + Stabilizzanti dell'umore | 2 | 0.9 % | 48.1 % |
| NL+ Antidepressivi | 25 | 23.1% | 50.0 % |
| NL+ BDZ+ Antidepressivi | 18 | 16.7% | 73.1 % |
| BDZ+ Antidepressivi | 7 | 6.5% | 89.8 % |
| NL+ Antidepressivi+ Stabilizzanti dell'umore | 4 | 3.7 % | 96.3 % |

Tabella 12. Tipologia di terapia

| psicotp | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---------|--------|------------|--------------|
| No | 49 | 38.0 % | 38.0 % |
| Si | 80 | 62.0 % | 100.0 % |

Tabella 13. Psicoterapia

La terapia farmacologica è stata somministrata all' 83% delle pazienti, per la maggior parte si trattava di una poli-terapia (64%) (Tab 11), ovvero una combinazione di due o più farmaci. Il trattamento con Neurolettici+ Antidepressivi è stato quello più utilizzato (23% dei casi), a

seguire quello con Neurolettici +BDZ +Antidepressivi (17% dei casi). Mentre gli antidepressivi usati in monoterapia nel 15% dei casi sono soprattutto SSRI (Tabella 12). Inoltre il 69% delle pazienti ha iniziato un percorso di psicoterapia, che solitamente è consigliato di proseguirla anche dopo la fine del ricovero (Tab 13).

Servizi post-dimissione

| Servizi post-dimissione | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--------------------------------------|--------|------------|--------------|
| Presa in carico ambulatoriale | 57 | 74.1 % | 48.5 % |
| Servizio di semiresidenza o diurnato | 1 | 1.0 % | 54.6 % |
| Comunità residenziale | 4 | 3.1 % | 84.6 % |
| Privato | 8 | 6.2 % | 53.1 % |
| Centro DCA | 39 | 30.0 % | 84.6 % |
| Altro | 19 | 15.4 % | 100 % |

Tabella 14. Servizi post-dimissione

Nel momento della dimissione, la presa in carico è stata per lo più di tipo ambulatoriale/DH presso i servizi dedicati dell'Aulss (74% dei casi) e tramite i centri regionali residenziali specializzati per i DNA (nel Veneto vi sono la casa di cura Villa Margherita, Villa Garda o La Casa delle Farfalle) .

Modalità di ricovero e durata

| | | Accesso in emergenza | | |
|---------------|----------|----------------------|----|-------|
| | | No | Si | Total |
| Pre pandemico | Observed | 14 | 19 | 33 |

| | | | | |
|----------------|--------------|--------|--------|---------|
| | % within row | 42.4 % | 57.6 % | 100.0 % |
| Pandemico | Observed | 26 | 28 | 54 |
| | % within row | 48.1 % | 51.9 % | 100.0 % |
| Post pandemico | Observed | 8 | 35 | 43 |
| | % within row | 18.6 % | 81.4 % | 100.0 % |
| Total | Observed | 48 | 82 | 130 |
| | % within row | 36.9 % | 63.1 % | 100.0 % |

Tabella 15. Accessi in emergenza

Considerando la modalità di ricovero, si sono distinti gli accessi in emergenza (da pronto soccorso o trasferimenti da reparti di pediatria d'urgenza) e quelli non in emergenza (da ambulatori, consulenze, ricoveri programmati). Gli accessi in emergenza aumentano nella fase pandemica e post-pandemica, raggiungendo il loro picco in quella post pandemica (35 accessi in emergenza e 8 nelle altre modalità), tale differenza nei tre periodi è risultata statisticamente significativa ($\chi^2 = 9.55$; $df = 2$; $p = 0.008$).

Nella fase pandemica si nota una riduzione della durata del ricovero, calcolata in giorni, da una media di 42 giorni di ricovero nella fase pre- pandemica ad una di 33 giorni in fase pandemica, riduzione che risulta ancora più evidente nella fase post-pandemica (media 26 giorni). Dall'analisi la riduzione della durata dei ricoveri risulta statisticamente significativa ($p = 0.015$) (Tabella 16).

| | F | gdl1 | gdl2 | p |
|--------|----------|-------------|-------------|----------|
| DURATA | 4.31 | 2 | 127 | 0.015 |

Tabella 16. Durata test Anova a una via (Fisher)

| | N | Media | Mediana | SD |
|---------------|----|-------|---------|------|
| Prepandemia | 33 | 42.1 | 43 | 24.2 |
| Pandemia | 54 | 32.6 | 24.5 | 26.1 |
| Post-pandemia | 43 | 25.9 | 19 | 20.1 |

Tabella 17. Durata ricovero

Utilizzo del sondino nasogastrico

| | SONDINO | | Total |
|---------------|---------|----|-------|
| | NO | SI | |
| Pre-pandemia | 22 | 10 | 32 |
| Pandemia | 31 | 23 | 54 |
| Post-pandemia | 28 | 15 | 43 |
| Total | 81 | 48 | 129 |

Tabella 18. Sondino nasogastrico

Osservando l'utilizzo del sondino nasogastrico, funzionale all'alimentazione delle pazienti nei casi in cui rifiutano l'aumento dell'apporto nutrizionale, vi è stato un aumento del suo utilizzo nella fase pandemica (Tabella 18), senza variazioni statisticamente significative ($\chi^2=1.26$; $df=2$; $p=0.534$).

Autolesionismo e ideazione suicidaria

| | AUTOLES | | Totale |
|--|---------|----|--------|
| | NO | SI | |

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| Pre-pandemia | 20 | 13 | 33 |
| Pandemia | 37 | 17 | 54 |
| Post-pandemia | 24 | 19 | 43 |
| Totale | 81 | 49 | 130 |

Tabella 19. Presenza o meno di autolesionismo

| | AUTOLES_frequenza | | Total |
|---------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| | Occasionale | Abitudinario (>5v/ anno) | |
| Pre-pandemia | 7 | 7 | 14 |
| Pandemia | 8 | 9 | 17 |
| Post-pandemia | 10 | 8 | 18 |
| Total | 25 | 24 | 49 |

Tabella 20. Frequenza di autolesionismo

Riguardo la tendenza all'autolesionismo si può osservare un aumento del numero di pazienti dal periodo pandemico, ma non da far emergere variazioni statisticamente significative nè b nella numerosità dei casi di autolesionismo ($\chi^2=1.70$ df 2; $p=0.427$), nè nella frequenza (occasionale o abitudinaria) di agiti autolesivi ($\chi^2= 0.261$; df= 2; $p= 0.878$).

| | ideazione suicidaria | | Total |
|--|----------------------|----|-------|
| | no | si | |
| | | | |

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| Pre-pandemia | 23 | 10 | 33 |
| Pandemia | 38 | 16 | 54 |
| Post-pandemia | 31 | 12 | 43 |
| Total | 92 | 38 | 130 |

Tabella 21. Ideazione suicidaria

Analogamente, la componente di ideazione suicidaria non ha presentato variazioni statisticamente significative ($\chi^2= 0.0589$; $df= 2$; $p= 0.433$).

BMI

| | N | Mean | SD | SE |
|---------------|----|------|------|-------|
| Pre-pandemia | 31 | 16.7 | 3.78 | 0.678 |
| Pandemia | 53 | 15.9 | 2.21 | 0.304 |
| Post pandemia | 43 | 16.8 | 2.95 | 0.450 |

Tabella 22. BMI alla diagnosi

| | χ^2 | df | p |
|-------------------|----------|----|-------|
| BMI alla diagnosi | 1.67 | 2 | 0.433 |

Tabella 23. Test per BMI alla diagnosi

Riguardo al BMI, indice di massa corporea, non sono state trovate differenze statisticamente significative tra i tre periodi ($\chi^2= 1.67$; $df=2$; $p=0.433$).

5. DISCUSSIONE

Questo studio ha analizzato un campione di pazienti con DNA anoressico e restrittivo ricoverate presso un reparto di Neuropsichiatria infantile, dal periodo pre covid a quello post-pandemico. In accordo con la letteratura nazionale ed internazionale, durante la pandemia vi è stato un aumento importante dei casi, le misure restrittive che hanno portato all'isolamento sociale sembra che siano state vissute in maniera molto negativa dai giovani (Otto et al., 2021). Da un recente studio di Fortea e colleghi (2023) emerge che il numero dei ricoveri è diminuito durante il primo lockdown ed è poi aumentato fino a raggiungere il picco nel 2021, soprattutto negli adolescenti con problematiche d'ansia, depressione e disturbi alimentari, ideazione suicidaria e autolesionismo. Tra queste cause di ricovero, quelle per disturbi alimentari sono state tre volte più alte nella primavera del 2021, rispetto al periodo precedente. Dato in accordo con la presente analisi, dalla quale emerge che rispetto agli anni precedenti la pandemia la media di ricoveri annuali per DNA era sui 5-7 casi all'anno di media, mentre dall'inizio della pandemia sono aumentati di circa 6 volte, con il picco proprio nel 2021: 43 pazienti ricoverate. Le misure restrittive che più hanno impattato questo gruppo di pazienti riguardano quelle che hanno portato ad uno stravolgimento delle abitudini, come il ricorso alla didattica a distanza, in cui l'immagine del proprio corpo ha avuto una focalizzazione maggiore per l'uso della webcam. Inoltre è venuto a mancare il rapporto diretto con il gruppo dei pari e con altri adulti oltre ai genitori, i rapporti sociali erano prevalentemente con i membri del proprio nucleo familiare e questo, in alcune persone con DNA, potrebbe essere stato un fattore che ha contribuito all'insorgenza di problematiche; infatti, si è visto che una focalizzazione eccessiva sulla forma del corpo da parte dei familiari è correlata positivamente ai disturbi alimentari (White et al., 2023). In letteratura è noto il ruolo del funzionamento familiare nell'instaurarsi di problematiche adolescenziali, in particolare per i disturbi alimentari si è osservato che vi possono essere modalità relazionali disfunzionali con aspetti di invischiamento, rigidità, iperprotettività, evitamento del conflitto e rigidità (Minuchin, 1980). Il tempo speso prevalentemente nell'ambiente familiare può aver esacerbato tali aspetti disfunzionali tra i membri e aver contribuito al peggioramento della sintomatologia o all'insorgenza di nuovi casi di Disturbi Alimentari.

L'intenso e continuativo utilizzo dei social media (Pahayahay et al., 2020), unico strumento per mantenere il contatto con gli altri e con il mondo esterno, può impattare negativamente sulla salute mentale dei giovani, nelle pazienti con DNA può aver contribuito all'aumento delle preoccupazioni circa la propria immagine corporea; infatti, spesso i social enfatizzano

l'importanza della dieta e dell'esercizio fisico, attraverso contenuti video e immagini (Harriger et al., 2022).

Riguardo le altre variabili indagate in questo studio, gli accessi in emergenza (da pronto soccorso o da reparti di pediatria d'urgenza) sono aumentati in maniera statisticamente significativa nel periodo pandemico e si sono mantenuti anche in quello post-pandemico. Questo dato è in linea con altri due recenti studi italiani (Castellini et al., 2023; Marin et al., 2024), dal primo emerge che l'utilizzo del pronto soccorso è stato maggiore nei pazienti con DA durante la pandemia, rispetto ad altri pazienti con diverse patologie psichiatriche e nelle fasi successive è diminuito solo parzialmente. I fattori che più correlavano con l'accesso in emergenza erano: differenze in base all'età, la gravità della sintomatologia, sintomi psichiatrici acuti, la fase pandemica e condizioni mediche non specifiche. Questo aumento degli accessi al pronto soccorso può essere spiegato solo in parte dai cambiamenti organizzativi all'interno del sistema sanitario che si sono verificati durante la pandemia, con una riduzione delle visite cliniche in presenza. Tuttavia, dalla letteratura emerge che il mancato ricorso a visite specialistiche riguarda soltanto i primi mesi pandemici, che quindi avrebbero influenzato la modalità d'accesso diretta al pronto soccorso, ma sembra che questo andamento si sia mantenuto stabile anche nei periodi successivi ai mesi più critici.

Un'altra spiegazione che è stata fornita dallo studio di Castellini (2023) è che le pazienti con DA facciano un uso inappropriato del pronto soccorso, rispetto alla popolazione generale, questo dato sembra che valga per le tre principali tipologie di DA: Anoressia, Bulimia Nervosa e *Binge Eating Disorder*. Ciò sembra essere più la conseguenza di una gestione poco idonea del pronto soccorso a causa della crisi sanitaria globale verificatasi con la pandemia.

Un'altra variabile risultata statisticamente significativa è la durata del ricovero, la quale durante la fase pandemica è diminuita, tale dato potrebbe essere spiegato dalla necessità di un turnover più veloce dei pazienti ricoverati, a seguito dell'aumento delle richieste di ricovero, piuttosto che da un più veloce recupero delle condizioni psicofisiche da parte delle pazienti. L'utilizzo del sondino nasogastrico e l'Indice di Massa corporea non hanno subito variazioni significative nei tre periodi.

Per quanto riguarda l'utilizzo di dispositivi elettronici, non si sono registrate differenze significative.

La pandemia, come dimostra la letteratura presente, potrebbe aver influenzato il mantenimento e l'insorgenza del disturbo: pazienti con una diagnosi di DNA già presente hanno presentato delle riacutizzazioni e un peggioramento dei sintomi; mentre per una parte

della popolazione adolescente più vulnerabile c'è stato l'esordio di malattia correlato alla pandemia.

Come risulta da questo studio e da altri presenti in letteratura, sarebbe proprio quest'ultima parte di popolazione quella che ha vissuto maggiormente l'impatto negativo della pandemia e che quindi potrebbe spiegare l'aumento nel numero di casi e il relativo minor tempo di recupero in regime ospedaliero.

6. CONCLUSIONI

A partire dalle ipotesi iniziali è possibile osservare che:

- Nel periodo pandemico c'è stato un aumento del numero dei casi di AN e DA evitante-restrittivo, che si è mantenuto piuttosto stabile anche nella fase post-pandemica rispetto al tempo pre-pandemico.
- Nel periodo pandemico e post-pandemico sono aumentati gli accessi in emergenza.
- Si è osservata una riduzione del tempo medio di ospedalizzazione, che si è mantenuta costante nel tempo, anche nella fase post-pandemica.
- Non si è osservato un aumento nell'autolesionismo né nell'ideazione suicidaria.
- Non si è osservato un aumento nella frequenza di utilizzo di devices e social.
- Non si sono registrate differenze nel BMI alla diagnosi rispetto al periodo pre-pandemico, nè variazioni nella necessità di utilizzo del sondino nasogastrico.

Riprendendo la prima ipotesi esplorativa, si è visto che il numero dei casi di An e DA evitante-restrittivo si è mantenuto abbastanza stabile anche nel post-pandemia, nonostante il graduale allentamento delle restrizioni ed il ritorno ad una vita quotidiana più simile alla fase pre-pandemica. Questo risultato, in linea con la letteratura, può indicare una maggior frequenza di neo esordi proprio nel periodo pandemico, che si sono poi mantenuti ed esacerbati nella fase più recente (post-pandemica), ciò mette ancora più in risalto l'impatto negativo della pandemia sull'insorgenza di DA tra i giovani. Inoltre, considerati i risultati di questo studio e le tempistiche d'insorgenza dei disturbi, si può ipotizzare che l'aumento nella fase pandemica dei ricoveri riguardi pazienti con un'esacerbazione di sintomatologia da An e DA evitante restrittivo già presente nella fase pre-pandemica.

Riguardo la seconda ipotesi esplorativa, si è registrato un aumento nel numero degli accessi in emergenza durante la pandemia, che si è mantenuto stabile anche nel periodo post-pandemico.

Questo può essere dovuto in parte all'affaticamento del sistema sanitario, causato dalla pandemia e in parte è possibile ipotizzare che, nei mesi successivi alla fase più critica per gli ospedali, l'ansia e la paura di contrarre il virus abbiano portato ad un volontario ed intenzionale distanziamento dalle strutture ospedaliere, limitando così le visite specialistiche e di controllo e di conseguenza aumentando gli accessi in emergenza. Questo risultato ha notevoli implicazioni circa la gestione delle risorse all'interno del sistema sanitario nei periodi d'emergenza, come quello vissuto durante la pandemia da Sars-cov2. Emerge quindi

l'importanza di una migliore allocazione delle risorse in ambito medico-psichiatrico e pediatrico, per tentare di diminuire gli accessi in emergenza. Queste osservazioni sembrano trovare conferma nella crisi presente nei sistemi sanitari a seguito della pandemia (Sampogna et al., 2022).

7. BIBLIOGRAFIA

Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Marchesoni G. Use and misuse of the emergency room by patients with eating disorders in a matched-cohort analysis: What can we learn from it? *Psychiatry Research* Volume 328, October 2023, 115427

Deolmi M , Pisani F. Impatto psicologico e psichiatrico della pandemia di COVID-19 tra bambini e adolescenti *Acta Biomed Atenei Parm* , 91 (4) (2020) , articolo e2020149

Fernández-Aranda , Munguía F L, Mestre-Bach G , Steward T , Etxandi M, Baenas I, et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc* , 28 (6) (2020) , pp. 871 – 883. doi: 10.1002/erv.2784

Fortea A , Fortea L, Gómez-Ramiro M, Fico G, Giménez-Palomo A, Sagué-Vilavella M, Pons M T, et. Al. Upward trends in eating disorders, self-harm, and suicide attempt emergency admissions in female adolescents after COVID-19 lockdown, *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*,2023

Guarda, A.(2023, February). What are eating disorders? *Physician Review*. American psychiatric association from <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

Harriger J. A, Evans J. A. a, The dangers of the rabbit hole: Reflections on social media as a portal into a distorted world of edited bodies and eating disorder risk and the role of algorithms. *Body Image* Volume 41, June 2022, Pages 292-297
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.03.007>

Hunna J. Watson PhD, Laura M. Thornton PhD, Stina Borg MSc Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1,000 individuals in the United States and the Netherlands *Jet D. Termorshuizen MSc*, (2020)
<https://doi.org/10.1002/eat.23353>

Istituto di fisiologia clinica, Progetto di studio multicentrico sui fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale. Ministero della Salute/Regione Lombardia.
<https://www.epid.ifc.cnr.it/project/disturbi-dell-alimentazione/>

Marin D, Di Gennaro G, Baracetti M. Pediatric emergency department mental health assessments in the 2 years following the COVID-19 outbreak reveal higher vulnerability for eating disorder and suicide risk. *Journal of Affective Disorders Reports* Volume 15, January 2024, 100687

Ministero della salute. (2022). Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Salute mentale from <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>

Muruganandam P , Neelamegam S , Menon V , Alexander J, Chaturvedi SK. COVID-19 and severe mental illness: impact on patients and its relationship to their awareness of COVID-19. *Psychiatry Res* , 291 (2020) , Articolo 113265

Orben A , Tomova L , Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Childhood and adolescent health* , 4 (8) (2020) , pp. 634 - 640

Otto A K., Jary J, Sturza J. Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. Volume 148, Issue 4, *Pediatrics*.2021. Doi: 10.1542/peds.2021-052201

Pahayahay UN, Khalili Mahani N. Which media helps, which media hurts: A mixed-methods survey study to address COVID-19 using the media repertoire framework and stress appraisal theory. *J Med Internet Res*.2020;22(8):e20186

Pecini C., Brizzolara D., *Disturbi e traiettorie atipiche del neurosviluppo. Diagnosi e intervento*. Mc Graw Hill. 2020.

Rete regionale dei centri per la cura dei DCA regione Veneto (gennaio 2024) from <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/disturbi-del-comportamento-alimentare-dca>

Ruocco G., Andrioli Stagno R., Ballardini D. et al., (2017) Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute.

Sampogna G., Pompili M., Fiorillo A. The short-term consequences of COVID-19 on mental health: state of the art from available studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19 (23) (2022), p. 15860, 10.3390/ijerph192315860

Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* Volume 53, Issue 11 Nov 2020 Pages 1759-1874 doi: 10.1002/eat.23374

Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders at the time of COVID-19. *J Eat Disord*, 8 (2020), pag. 19

White H. J., Sharpe B., Carolyn R. Family body culture, disordered eating and mental health among young adult females during COVID-19. *Plateau Eating Behaviors* Volume 51, December 2023, 101792

Wing I, Chit Mak, Chung Ming Chu. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*. Volume 31, Issue 4, July–August 2009, Pages 318-326. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001