

LEGGE REGIONALE ORGANIZZAZIONE E DISCIPLINA DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE

Art.1

(necessità)

1. La presente legge disciplina la Rete di presa in carico della persona con Disturbi del comportamento Alimentare (DCA).
2. I DCA costituiscono, nei paesi industrializzati, un problema di salute molto comune negli adolescenti e giovani adulti. La variabilità sintomatologica dei disturbi e le espressioni mutevoli e lontane dai classici quadri clinici, rendono oggi difficile l'inquadramento nosologico delle diverse forme. Le due patologie più comuni, l'Anoressia nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN) rappresentano infatti gli estremi di una serie di disturbi intermedi, talora combinati, di difficile classificazione. Le categorie nosologiche del Manuale Diagnostico DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sono state ridefinite introducendo nuove sintomatologie, come il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder – BED).
3. I DCA non sono più connotabili dal punto di vista epidemiologico come un disturbo “di genere”. Se infatti fino a circa 20 anni fa il rapporto maschi/femmine era pari a 1:10-1:15, dati più recenti suggeriscono un rapporto 1:4.
4. I DCA, se non trattati precocemente ed adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute e le evidenze in letteratura indicano un esito meno favorevole se l'intervallo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico è lungo. In età evolutiva possono presentarsi diversi disturbi che investono il corpo e quindi anche l'area del comportamento alimentare. Soprattutto in fase adolescenziale si può riscontrare un continuum tra bulimia e anoressia e la frequente transizione da un disturbo ad un altro.

Art. 2

(obiettivi)

1. Obiettivo generale è garantire ai soggetti con DCA precocità di diagnosi, omogeneità di presa in carico sul territorio regionale, continuità assistenziale, equità di accesso, appropriatezza e qualità delle cure nell'ambito di una rete integrata che operi secondo un modello multidimensionale e multiprofessionale.
2. Gli obiettivi specifici sono:
 - miglioramento l'integrazione dei servizi operanti in rete al fine di dare risposte di presa in carico della persona e della sua famiglia nel rispetto dei corretti tempi di cura, garantendo la continuità del trattamento ritenuto necessario dall'equipe multidisciplinare;
 - messa in atto di strategie corrette e integrate di presa in carico per favorire la continuità di cura e ridurre le probabilità di cronicizzazione del disturbo;
 - divulgazione agli operatori sanitari, popolazione generale e scuole di informazioni in merito ai servizi operanti nell'ambito della rete di assistenza per i DCA sul territorio regionale e dei percorsi per accedervi, ai fini di garantire la precocità ed equità di accesso.

Art. 3

(la rete)

1. La molteplicità dei contesti di cura concorre ad assicurare alle persone affette da disturbi del comportamento alimentare un'identificazione precoce, l'invio alla struttura più idonea per la valutazione diagnostica, l'avvio del programma terapeutico e la presa in carico integrata. La Rete si articola nei seguenti nodi:
 - medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta
 - servizi ambulatoriali specialistici per DCA
 - strutture ospedaliere per il ricovero in fase acuta e strutture di lungodegenza se necessario un prolungamento di ricovero per la stabilizzazione fisica e la presa in carico nel setting più appropriato
 - strutture semiresidenziali (Centri diurni)
 - strutture residenziali
 - associazioni volontariato.
2. I nodi della rete operano in maniera sinergica all'interno di un sistema integrato. Il percorso è offerto nel contesto di cura il più adeguato possibile ai bisogni specifici della persona con DCA ed è previsto il monitoraggio costante del raggiungimento degli obiettivi preposti, ai fini dell'appropriatezza delle cure.
3. Aziende Sanitarie che intervengono nella rete:
 - Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona – Salesi: Presa in carico del minore con DCA;
 - Azienda Ospedaliera Marche Nord: ricovero per acuti in struttura ospedaliera;
 - ASUR Marche: servizi ambulatoriali specialistici per DCA con trattamento standard e/o intensivo in AV1, 2 e 4; ricovero per acuti in struttura ospedaliera in AV2 e 4; ricovero in fase post acuta in Cure intermedie in AV4.
4. Il trattamento residenziale è riservato ai casi in cui il trattamento in setting meno strutturati.

Art. 4

(organizzazione)

1. Sono attivate:
 - una Unità Operativa Complessa Regionale ASUR con funzione di coordinamento della rete DCA per adulti ed Unità Operative Semplici nelle Aree Vaste sede dei punti della rete.
 - una Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile nell'Azienda ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona per la presa in carico del minore con DCA.

Art.5

(assistenza ospedaliera)

1. Il setting ospedaliero va utilizzato quando vi sia una seria compromissione delle condizioni cliniche del paziente. Si tratta di ricoveri limitati nel tempo che devono trovare nelle soluzioni territoriali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenzialità) il proseguimento delle cure, subito

dopo la risoluzione dell'urgenza. Gli adulti con parametri vitali compromessi necessitano di un ricovero urgente **presso una struttura ospedaliera per acuti in area medica**, semintensiva o intensiva, in base alla gravità clinica. Il ricovero in reparti internistici è indicato qualora vi sia un quadro di grave malnutrizione, squilibri metabolici e/o complicanze mediche cardiovascolari, metaboliche ecc., tali da configurarsi come rischio clinico grave per il paziente. E' necessario che nel setting di ricovero in reparto internistico siano disponibili competenze specifiche sia per la rialimentazione, con attento monitoraggio delle condizioni cliniche, che per gli interventi psicoterapici (NICE 2004).

2. Per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in pronto Soccorso si fa riferimento alle "raccomandazioni per un codice lilla" del Ministero della salute (26 marzo 2018).
3. In presenza di una psicopatologia acuta si fa riferimento alle Unità Operative di SPDC.

Art.6

(Cure Intermedie)

1. Al termine del ricovero sono attivate le procedure per garantire la continuità assistenziale all'interno della rete per i DCA. Qualora, risolte le problematiche internistiche gravi, sia necessario prolungare il ricovero ospedaliero per favorire la presa in carico della persona da parte dei Centri Ambulatoriali o sia necessario il raggiungimento di un BMI di sicurezza prima di un trasferimento in un centro residenziale, può essere ipotizzato un periodo di ricovero, mediamente non superiore a 60 giorni, in una struttura idonea di Cure Intermedie. Per questa tipologia di ricoveri "ponte" tra la struttura ospedaliera e quella ambulatoriale/semiresidenziale o residenziale, in cui sono ancora necessarie diagnostica, cure e valutazioni internistiche, oltre che nutrizionali e psicoterapiche, si renderà disponibile una struttura dedicata, di 20 PL, ubicata in AV4, in continuità con il centro HUB Regionale DCA per adulti.

Art.7

(il minore)

1. Per l'età evolutiva, in situazioni di acuzie, il minore verrà ricoverato presso la UO di Neuropsichiatria Infantile dell'AOUOORRAN – Salesi, in un contesto dove è possibile coniugare esperienze in campo neuropsichiatrico con competenze specialistiche in ambito nutrizionale, ivi compresa la nutrizione artificiale. Rappresenta quindi la sede di riferimento regionale per bambini e adolescenti con situazioni complesse.

Art. 8

(personale)

1. Un corretto trattamento dei disturbi dell'alimentazione richiede un approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato.

2. Presso i Servizi Ambulatoriali specialistici per i DCA, di cui all'articolo 3, comma 3, sono disponibili: psichiatri, psicologi/psicoterapeuti, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica ed infermieri.
3. Al fine di rendere operativi i centri istituiti con la presente legge, la giunta regionale, nell'ambito del programma annuale di deroghe previste dalla normativa vigente, autorizza gli Enti del SS Regionale previsti all'articolo 3, comma 3. Ad assumere il personale necessario.

Art. 9

(modello organizzativo)

1. Il modello organizzativo per la gestione dei DCA è articolato in modo da garantire i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostico, terapeutici e riabilitativi. Si tratta di un modello integrato multidimensionale, interdisciplinare, multi-professionale ed età-specifico, ossia modulato in base ai bisogni dei bambini, adolescenti e adulti, che prevede l'informazione e il coinvolgimento attivo di utente e, ove necessario o opportuno, della famiglia. La multidimensionalità richiede il coinvolgimento di professionisti con diversi ambiti di competenza, la cui interazione si traduce nell'avvio di un progetto assistenziale individuale, calibrato in base alle esigenze specifiche del soggetto con DCA. Il team di diagnosi e presa in cura si avvale di competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, a cui affiancare, per casi specifici, professionisti di altre discipline (gastroenterologo, endocrinologo, ginecologo, cardiologo ecc). Deve essere favorita una costante comunicazione tra i professionisti del team interdisciplinare e garantiti momenti di discussione e confronto stabili. I diversi setting di cura operano in rete in continuità organizzativa, funzionale e clinica offrendo, nel caso, un continuum di cura.

Art. 10

(transizione delle cure)

1. Transizione delle cure - per i soggetti ancora in carico al raggiungimento della maggiore età, si prevede un graduale e condiviso passaggio ai Servizio specialistici DCA per l'età adulta. Si tratta di una fase molto delicata che si svilupperà secondo tempi e modalità concordate tra le due equipe, tenendo conto dei bisogni del soggetto. Le aziende ASUR Marche ed AOOUORRAN-Salesi provvederanno alla formalizzazione di percorsi codificati e condivisi per la transizione delle persone con DCA dai Servizi per le cure in età pediatrica al servizio per le cure in età adulta (ambulatori specialistici DCA).

Art. 11

(formazione)

1. In tema di formazione si conferma quanto previsto dalla DGRM 247/15 per i programmi di formazione specifica che sono rivolti a tutti gli operatori impegnati nel percorso di

prevenzione, diagnosi e presa in cura dei soggetti con DCA. In particolare programmi di formazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono finalizzati a consentire di migliorare il riconoscimento dei segnali di allarme per DCA e portare ad una diagnosi precoce. Le articolazioni della rete, i punti e le modalità di accesso sono conosciuti dai MMG e PLS per facilitare i percorsi di cura e la continuità assistenziale per i soggetti con DCA.

Art. 12

(Centro di Coordinamento Regionale)

1. E' attivato un tavolo tecnico di coordinamento Regionale che è costituito dalle seguenti figure professionali:
 - 1 Referente dell'Agenzia sanitaria o suo delegato con funzioni di coordinatore
 - 1 Referente medico psichiatra per ognuno dei tre Centri ambulatoriali di riferimento ASUR
 - 1 Referente medico neuropsichiatra infantile della SOD NPI AOU OORR di Ancona
 - 1 Referente medico psichiatra per la residenzialità e per le Cure Intermedie
 - 1 Medico di Medicina Generale
 - 1 Medico Pediatra di libera scelta
 - Il Direttore Sanitario o suo delegato dell'AOUOORR di Ancona
 - Il Direttore Sanitario o suo delegato dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord
 - Il Direttore Sanitario o suo delegato ASUR
 - 1 Referente tra i rappresentanti delle associazioni dei familiari e pazienti
 - 1 Psicologo/Psicoterapeuta esperto in DCA
 - 1 Educatore o 1 Infermiere esperto in DCA
 - Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASUR o suo delegato

Art. 13

(prevenzione)

1. I programmi di prevenzione basati su un approccio educativo-informativo rivolti ad una popolazione di adolescenti in ambiente scolastico, sono risultati inefficaci nel produrre cambiamenti comportamentali o attitudinali. Si prevedono, in linea con gli orientamenti attuali, interventi selettivi mirati a rafforzare i fattori di protezione individuale, ossia quegli elementi che sostengono favorevolmente un normale ed armonico sviluppo dell'individuo (Quaderni Ministero Salute, 2013). Sono previsti programmi orientati sia ai disturbi alimentari che al sovrappeso/obesità, spesso infatti interventi separati possono risultare contraddittori o rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo opposto.

Art. 14

(monitoraggio e verifica)

1. Il concetto di "guarigione" nel caso dei DCA è complesso, il DCA può richiedere tempi lunghi di trattamento, può cronicizzare, recidivare e i sintomi psichiatrici (ansia, disturbi

ossessivi, disturbo bipolare, abuso di sostanze, depressione, disturbo di personalità), qualora presenti, possono permanere a lungo, anche dopo la remissione della patologia alimentare.

2. E' prevista la attivazione degli Osservatori epidemiologici per l'età adulta e per l'età evolutiva finalizzati a fornire dati affidabili di incidenza, prevalenza ed esito. La ricerca va prioritariamente indirizzata, nella realtà regionale, ad indagini epidemiologiche per meglio definire e monitorare il fenomeno. I dati devono essere analizzati e verificati in collaborazione con il tavolo tecnico di coordinamento regionale.

Art. 15

(Carta dei Servizi delle Aziende Sanitarie)

1. Nella Carta dei Servizi delle Aziende Sanitarie, di cui all'art. 3, comma 3, viene descritta la tipologia dell'offerta in tema di DCA rivolta a bambini, adolescenti e/o adulti, informazioni sull'operatività dei servizi, sulle modalità di accesso e di comunicazione, sulle interazioni con gli altri nodi della rete, sull'attività svolta, le modalità di sostegno, indicazioni per favorire il feedback e suggerimenti per il miglioramento della qualità del servizio offerto e i siti web istituzionali attraverso i quali è veicolata una corretta informazione.

Art. 16

(disposizioni finanziarie)

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge si provvede con le somme che saranno assegnate dalla Regione e ripartite delle quote spettanti alle Aziende Sanitarie sia mediante risorse aggiuntive che mediante quote vincolate al fondo stesso..

ALLEGATO ALLA LEGGE:

Un'analisi della situazione epidemiologica regionale sui DCA era riportata nella DGRM 247/15, di seguito si riportano i dati aggiornati al 30 giugno 2019. Nella tabella1 sono riportati i ricoveri presso gli ospedali delle Marche, con diagnosi principale di DCA (ICD-9: 307.1, 307.5, 307.50, 307.51, 307.52, 307.53, 307.54; 307.59) nel periodo 2016 -2019 (primo semestre).

Tab.1

AV	Struttura	2016	2017	2018	2019	2019
		Casi	Casi	Casi	1° sem	1° sem
					Casi	GG degenza
Area Vasta 1 PU	Cagli	4	-	-	-	-
Area Vasta 1 PU	Pergola	1	1	1	-	-
Area Vasta 1 PU	Urbino	5	3	5	-	-
Area Vasta 1 PU	Totale	10	4	6	-	-
Area Vasta 2 AN	Fabriano	2	3	2	-	-
Area Vasta 2 AN	Jesi	3	1	8	4	28
Area Vasta 2 AN	Osimo	1	1	-	-	-
Area Vasta 2 AN	Senigallia	5	3	3	3	17
Area Vasta 2 AN	Villalgea AN	4	7	13	-	-
Area Vasta 2 AN	Villalolan. MS	-	-	1	-	-
Area Vasta 2 AN	VillaSerena J	6	8	151	90	2.407
Area Vasta 2 AN	VillaSilviaSg	14	17	6	-	-
Area Vasta 2 AN	Totale	35	40	184	97	2.452
Area Vasta 3 MC	Civitanova	4	4	4	1	29
Area Vasta 3 MC	Macerata	6	1	5	2	10
Area Vasta 3 MC	VillaPini CM	-	1	-	-	-
Area Vasta 3 MC	Totale	10	6	9	3	39
Area Vasta 4 FM	Fermo	19	15	8	7	78
Area Vasta 4 FM	Totale	19	15	8	7	78
Area Vasta 5 AP	Ascoli Piceno	2	1	1	1	17
Area Vasta 5 AP	S.Benedetto	8	2	3	2	12
Area Vasta 5 AP	S.Giuseppe AP	4	1	1	-	-
Area Vasta 5 AP	VillaAnna SBT	-	-	1	-	-
Area Vasta 5 AP	VillaSMarco AP	1	-	-	-	-
Area Vasta 5 AP	Totale	15	4	6	3	29
AzOsp Marche Nord	Fano	3	6	4	1	3
AzOsp Marche Nord	SanSalvatore	1	5	4	-	-
AzOsp Marche Nord	Totale	4	11	8	1	3
AzOsp OO.RR. ANCONA	Salesi	80	57	74	20	520
AzOsp OO.RR. ANCONA	Torrette	44	32	34	14	211
AzOsp OO.RR. ANCONA	Totale	124	89	108	34	731

I.N.R.C.A. AN	Inrca AN	1	-	-	-	-
I.N.R.C.A. AN	Totale	1	-	-	-	-
Totale		218	169	329	145	3.332

L'analisi dei dati della mobilità passiva extraregionale per gli anni 2017 e 2018, per i soli Residenti Regione Marche con diagnosi (principale e secondaria) DCA, sono riportati in tab. 2 e 3:

Tab.2

		2017										
AV Residenza	Ambito Residenza	CAM PANIA	EM. ROM.	LAZIO	LIGURIA	LOMBAR DIA	PIEMON TE	PROV. AUTON. TRENTO	TOSCANA	UMBRIA	VENET O	Tot
Area Vasta 1 PU	Ztl 02 Urbino		5					1	1	2		9
Area Vasta 1 PU	Ztl 03 Fano		1				1					2
Area Vasta 1 PU	Totale		6				1	1	1	2		11
Area Vasta 2 AN	Ztl 04 Senigallia		1									1
Area Vasta 2 AN	Ztl 05 Jesi								1			1
Area Vasta 2 AN	Ztl 06 Fabriano				1							1
Area Vasta 2 AN	Ztl 07 Ancona		1				2				2	5
Area Vasta 2 AN	Totale		2		1		2		1		2	8
Area Vasta 3 MC	Ztl 08 Civitanova		1								5	6
Area Vasta 3 MC	Ztl 09 Macerata			1		1						2
Area Vasta 3 MC	Ztl 10 Camerino								1			1
Area Vasta 3 MC	Totale		1	1		1			1		5	9
Area Vasta 4 FM	Ztl 11 Fermo					1						1
Area Vasta 4 FM	Totale					1						1
Area Vasta 5 AP	Ztl 12 S.Ben.	1	1						1			3
Area Vasta 5 AP	Ztl 13 Ascoli P.					1	1				1	3
Area Vasta 5 AP	Totale	1	1			1	1		1		1	6
Totale		1	10	1	1	3	4	1	4	2	8	35

Tab.3

		2018										
AV Residenza	Ambito Residenza	CAM PANIA	EM. ROM.	LAZIO	LIGURIA	LOMBAR DIA	PIEMON TE	PROV. AUTON. TRENTO	TOSCANA	UMBRIA	VENET O	Tot
Area Vasta 1 PU	Ztl 02 Urbino		1									1
Area Vasta 1 PU	Ztl 03 Fano							1			3	4
Area Vasta 1 PU	Totale		1					1			3	5
Area Vasta 2 AN	Ztl 04 Senigallia										1	1
Area Vasta 2 AN	Ztl 05 Jesi		2								5	7
Area Vasta 2 AN	Ztl 06 Fabriano						3				1	4
Area Vasta 2 AN	Ztl 07 Ancona		2			1			1		3	7
Area Vasta 2 AN	Totale		4			1	3		1		10	19
Area Vasta 3 MC	Ztl 08 Civitanova		1									1
Area Vasta 3 MC	Ztl 09 Macerata											
Area Vasta 3 MC	Ztl 10 Camerino											
Area Vasta 3 MC	Totale		1									1
Area Vasta 4 FM	Ztl 11 Fermo											
Area Vasta 4 FM	Totale											
Area Vasta 5 AP	Ztl 12 S.Ben.										3	3
Area Vasta 5 AP	Ztl 13 Ascoli P.											
Area Vasta 5 AP	Totale										3	3
Totale			6			1	3	1	1		16	28

BIBLIOGRAFIA

Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S: A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2016;21(4):553-580. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, et al: Management of eating disorders. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2006;(135):1-166. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, et al: Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder. *Comparative Effectiveness Review No. 160. AHRQ Publication No. 15(16)-EHC030-EF.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; December 2015. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, et al: Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents: Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev.* 2010 Mar;18(2):79-89. Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, Schiöth HB: A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model? *BMC Psychiatry* 2012; 12: 76. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, et al: Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 310–320. Burton AL, Abbott MJ, Modini M, Touyz S: Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2016 Feb;49(2):123-40. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, et al: Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2016 Sep 20;165(6):409-20. Campbell K, Peebles R: Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art. *Review. Pediatrics* 2014; 134: 582-92. Carney T, Tait D and Touyz S: Coercion or coercion? Reflections on trends in the use of compulsion in treating anorexia nervosa. *Australasian Psychiatry* 2007; 15:390–95. Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, et al: A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse prevention. *Psychiatry Research* 2012; 200: 518–523. Couturier J, Kimber M and Szatmari P: Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2013; 46: 3–11. Dalle Grave R: Eating disorders: progress and challenges. *Eur J Intern Med.* 2011 Apr;22(2):153-60. Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M, Calugi S: Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Curr Psychiatry. Rep.* 2016 Jan;18(1):2. Dalla Ragione L: L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. Franco Angeli Ed. 2012. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther* 1983; 9:171-80. 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):701-8. Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V, et al: Development and validation of the Family Coping Questionnaire for Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2015;48(3):298-304. Frank GK: Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr.* 2015;20(4):391-400. Gaudio S, Wiemerslage L, Brooks SJ, Schiöth HB: A systematic review of resting-state functional-MRI studies in anorexia nervosa: Evidence for functional connectivity impairment in cognitive control and visuospatial and body-signal integration. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;71:578-589. Gigantesco A, Masocco M, Picardi A, et al: Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv Psichiatr.* 2010;45:154-62. Gonzales A, Kohn MR, Clarke SD: Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician.* 2007;36(8):614-9.

Guarda A, Pinto A, Coughlin J, et al: Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 108-114.

Hay P: A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Inter J Eat Disorders* 2013; 46: 462–469. Hay P, David Chinn D, Forbes D, et al: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 2014; 48(11): 1-62. Hay P, Claudini AM, Touyz S et al: Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Kanakam N, Treasure J: A review of cognitive neuropsychiatry in the taxonomy of eating disorders: state, trait, or genetic? *Cogn Neuropsychiatry*. 2013;18(1-2):83-114. Keel PK, Brown TA: Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 195-204. Keel PK and Haedt A: Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2008; 37: 39-61. Keski-Rahkonen A, Mustelin L: Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6):340-5. Kohn MR, Madden S and Clarke SD: Refeeding in anorexia nervosa: Increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition. *Current Opinion in Pediatrics* 2011; 23: 390-394. Kolar DR, Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW: Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*. 2016; 29(6):363-71. Lask B, Bryant-Waugh R: *Eating disorders in childhood and adolescence*. London, Routledge, 2007. Lock J: Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2011; 24: 274-279. Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al: Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(10):1025-32. Lock J. et al.: Practice parameter for the assessment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412–425. Miniati M, Mauri M, Ciberti A, Mariani MG, Marazziti D, Dell'Osso L: Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa. *CNS Spectr*. 2016; 21(2):134-42. Montecchi F. In: *I disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza*. Comprendere, valutare e curare. Ed. Franco Angeli 2a ed. 2016. Morgan, JF, Reid, Lacey, JH: The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *Western Journal of Medicine*, 2000; 172:164-165. National Institute for Clinical Excellence (NICE): *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. In NICE (ed). 2014. National Clinical Practice Guideline CG9. London: British Psychological Society and Gaskell. Nicholls D, Hudson L, Mahomed F: Managing anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 2011; 96:977-982. Nicholls D, Lynn R, Russell M, Viner R: Childhood eating disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 198 (4):295-301. Pannocchia L, Fiorino M, Giannini M, Vanderlinden J: A psychometric exploration of an Italian translation of the SCOFF questionnaire. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19(4):371-3. Pratt BM, Woolfenden SR: Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2): CD002891. Preti A, Girolamo G.D., Vilagut G., et al: The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009; 43(14):1125-32. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, et al: Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008; 39(3):261-72. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, et al: Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2012; 201: 392-399. Sepulveda AR, Kyriacou O, Treasure J: Development and validation of the accommodation and enabling scale for eating disorders (AESD)

for caregivers in eating disorders. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9:171. Shih PA, Woodside DB: Contemporary views on the genetics of anorexia nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26(4):663-73. Sigel E: Eating disorders. *Adolesc Med State Art Rev.* 2008;19(3):547-72. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2013; 26(6):543-8. Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002;159(8):1284-93. Steinhausen HC, Weber S: The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1331-41. Steinhausen HC: Outcome of eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(1):225-42. Steinhausen HC, Jensen CM: Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *Int J Eat Disord.* 2015;48(7):845-50. Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, et al: A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(1):1-8. Stice E, Shaw H, Becker CB, Rohde P: Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. *Prev Sci.* 2008; 9(2):114-28.

Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J: An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(4):500-8. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H: Risk Factors That Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females 2017;126(1):38-51. Tan JO, Stewart A, Fitzpatrick R, et al: Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry* 2010; 33: 13–19. Thomas JJ, Lee S, Becker AE: Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):354-62. Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P, et al: The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(4):247-55. Treasure J, 2011 Whitaker W, Todd G, Whitney J: A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2011 Jul 6. doi: 10.1002/erv.1075. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychosom Res.* 2010; 69(6):601-11. Vall E, Wade TD: Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(7):946-71 Yager J, Devlin MJ, Halmi KA et al: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Assoc; 2006:1-128. Yager J, Devlin M, Halmi K et al: Guideline Watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd edition Arlington, VA. American Psychiatric Association's 2012:1-18. Yager Z, O'Dea JA: Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promot Int.* 2008; 23(2):173-89. Yager Z, Diedrichs PC, Ricciardelli LA, Halliwell E. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body Image.* 2013; 10(3):271-81. Watson TL, Bowers WA and Andersen AE: Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157:1806-10. Watson HJ, Street H, Raykos BC, et al: Reliability and validity of the Conditional Goal Setting in Eating Disorders Scale (CGS-EDS) among adults with eating disorders. *Eat Behav.* 2010;11(2):113-8. Watson HJ and Bulik CM: Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine* 2013; 43: 2477-500. Weaver I et al. : Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr. Psychiatry Rep.* 2011; 13

(2): 93-98. Zipfel S, Wild B, Groß G, et al: Focalpsychodynamitherapy, cognitive behaviourtherapy, and optimized treatment asusual in outpatients with