



**Regione Siciliana
Assessorato della Salute
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie E Osservatorio Epidemiologico
Servizio 5
“Promozione della Salute”**

Linee di intervento per l’utilizzo del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA) nella Regione Siciliana 2022-2024

**PERCORSO DI PREVENZIONE
DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE INTEGRATO
PER LA CURA DELLE PERSONE CON
DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL’ALIMENTAZIONE
NELLA RETE DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI
INTERDISCIPLINARI INTEGRATI
DELLA REGIONE SICILIANA**

1 SOMMARIO

2	Premessa.....	2
3	DATI EPIDEMIOLOGICI	3
4	MAPPATURA TERRITORIALE DEI CENTRI DEDICATI ALLA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE NELLA REGIONE SICILIANA.....	27
5	LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....	32
6	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ADOTTATO DALLA RETE DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI INTERDISCIPLINARI DELLA REGIONE SICILIANA.	35
6.1	FLOW CHART	51
6.2	INDICATORI PDTA.....	52
6.3	La Cartella Clinica dei Disturbi della Nutrizione ed Alimentazione	52
7	INTEGRAZIONE CON IL SECONDO LIVELLO ASSISTENZIALE	53
7.1	TRATTAMENTO SEMI RESIDENZIALE.....	53
7.2	RICOVERO DAY HOSPITAL ADULTI	54
8	RICOVERO OSPEDALIERO MINORI	56
9	INTERAZIONE PRONTO SOCCORSO e TERRITORIO	57
10	RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.	58
11	LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E IL LORO RUOLO.....	59
12	Allegato 1	60
12.1	Scheda di Primo Contatto	60
13	Allegato 2	64
13.1	SCHEDA ANAGRAFICA - CONTATTI - PRESTAZIONI	64
14	BIBLIOGRAFIA; RIFERIMENTI NORMATIVI E SCIENTIFICI.....	68
15	RINGRAZIAMENTI	71

2 PREMESSA

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, vista la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha sancito l'intesa (repertorio atto N° 122/CSR del 21 giugno 2022) ai sensi dell'articolo 1, commi 688 e 689, nelle more dell'aggiornamento dei LEA, istituendo, presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, il Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), con dotazione, a livello nazionale, di 15 milioni di euro per l'anno 2022 e di 10 milioni di euro per l'anno 2023” Le sopra citate somme sono iscritte al capitolo N° 3445.

In ottemperanza alle procedure ministeriali per la presentazione dei Piani di attività biennali, la Regione Siciliana ha presentato ed ha avuto approvate le Linee di intervento biennali per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) 2023/2024, in allegato.

Con D. A. N° 758/2022 è stato istituito il Gruppo Tecnico di Lavoro Regionale per la definizione, il coordinamento ed il monitoraggio degli interventi previsti nell'intesa sull'art. 1, commi 688 e 689 della Legge 30 Dicembre 2021, N 234, recante l'istituzione di un Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione per pazienti nella fascia di età 10-45 anni. con l'obiettivo di:

Obiettivo specifico/attività specifiche 1: adeguamento, consolidamento e implementazione, in ambito regionale, della rete ambulatoriale integrata, multiprofessionale, competente e formata,

Obiettivo specifico/attività specifiche 2: integrazione dell'attività della rete ambulatoriale con gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione 2020 2025, Programma Predefinito 4 Dipendenze, azione specifica 5, individuazione precoce dei soggetti a rischio di DNA,

Obiettivo specifico/attività specifiche 3: formazione regionale specialistica; formazione permanente per tutta la durata del progetto attraverso le comunità di pratica su tematiche cliniche e organizzative per tutti professionisti della rete DNA;
Formazione a cascata per i MMG, PLS, Medici di Pronto Soccorso.
Formazione nelle scuole rivolta a docenti e studenti

Obiettivo specifico/attività specifiche 4: progettazione definizione e adozione, in ambito regionale, del Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA)

Obiettivo specifico/attività specifiche 5: progettazione e realizzazione del piano della comunicazione

Obiettivo specifico/attività specifiche 6: interventi a supporto delle famiglie

3 DATI EPIDEMIOLOGICI

Disturbi del comportamento alimentare (DCA): stime sulla dimensione del fenomeno

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si configurano oggi come problema socio-sanitario specifico e particolare, che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento con numeri tali da rappresentare un fenomeno di grande allarme sociale.

Si tratta di un complesso di forme morbose oggi comprese nell'ampia accezione di Disturbi del Comportamento Alimentare, riassuntiva di quadri clinici d'interesse psichiatrico e internistico più specificamente noti come: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati; tra questi ultimi va inserita la patologia nota come Obesità da iperalimentazione incontrollata (BED = Binge Eating Disorder).

Per dimensione del fenomeno e per gravità dello stato morboso i DCA rappresentano già oggi un problema socio-sanitario molto importante per i Paesi del mondo occidentale.

Prevalenza

In Italia non esiste un osservatorio epidemiologico sui disturbi dell'alimentazione e per tale motivo non conosciamo la distribuzione reale di questi disturbi nel nostro Paese.

Gli studi condotti in Italia sono relativamente pochi, piuttosto datati e per la maggior parte limitati a realtà regionali. Uno studio di Favaro A. et al. pubblicato nel corso del 2003 fornisce uno spaccato della diffusione dei disturbi alimentari nel Nord-Est italiano con dati epidemiologici concordanti con la letteratura internazionale¹.

Lo studio, condotto su un campione di 934 ragazze di età compresa tra i 18 e i 25 anni residenti in due aree contigue della provincia di Padova stimava per l'Anoressia Nervosa una prevalenza puntuale (disturbo in un determinato momento) dello 0.3% ed una prevalenza nell'arco di vita del 2.0%. La prevalenza puntuale della Bulimia era dell'1.8% mentre quella nell'arco di vita del 4.6%. Le forme di Anoressia sottosoglia registravano una prevalenza puntuale dello 0.7% e una prevalenza life-time del 2.6% mentre le forme atipiche di Bulimia raggiungevano una prevalenza puntuale del 2.4% e una prevalenza nell'arco di vita del 3.1%. La prevalenza di tutti i disturbi del comportamento alimentare nel campione era infine pari al 5.3%.

Non abbiamo dati italiani attendibili italiani sulla prevalenza nelle varie regioni italiane e nei soggetti di sesso maschile.

Per stimare la prevalenza dei disturbi dell'alimentazione in Italia dobbiamo perciò fare riferimento a studi eseguiti in altri Paesi occidentali. Un'indagine pubblicata nel 2020 ha trovato che la prevalenza *lifetime* dei disturbi dell'alimentazione in Finlandia è del 17,9% nelle femmine e del 2,4% nei maschi (anoressia nervosa 6,2% nelle femmine e 0,3% nei maschi; bulimia nervosa 2,4% nelle femmine e 0,16% nei maschi, altri disturbi dell'alimentazione 5,1% nelle femmine e 1,9% nei maschi).²

¹ 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 Jul-Aug;65(4):701-8.

² Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International journal of eating disorders*, 10.1002/eat.23236. doi:10.1002/eat.23236

Incidenza

Poiché l'incidenza (cioè il numero di nuovi casi per 100.000 persone-anno) dei disturbi dell'alimentazione è relativamente bassa, pochi studi la hanno valutata nella popolazione. È infatti quasi impossibile fare uno screening di 100.000 persone per molti anni. Per tale motivo l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione è stata stimata basandosi prevalentemente sui casi identificati dalle cartelle cliniche ospedaliere e dai registri dei casi nei centri clinici che li trattano.

Nonostante le diverse strategie usate, i risultati disponibili indicano che si è verificato un incremento nell'incidenza dell'anoressia nervosa dal 1930 al 1970, ma da allora l'incidenza sembra essersi stabilizzata attorno a circa 4-8 casi per 100.000 persone-anno (Hoek, 2017).

Nella fascia di età tra 15-19 anni, però, l'incidenza dell'anoressia nervosa sembra essere aumentata significativamente passando da 56,4 per 100.000 persone-anno nel periodo 1985-1989 a 109,2 per 100.000 persone-anno nel periodo 1995-1999 (van Son, van Hoeken, Bartelds, van Furth, & Hoek, 2006).

Questo dato è in linea con uno studio italiano eseguito su pazienti che hanno richiesto un trattamento ambulatoriale in un centro universitario di Padova dal 1985 al 2008. Lo studio ha trovato una diminuzione dell'età di insorgenza dell'anoressia nervosa da 18,6 anni nel periodo 1970-1972 a 16,8 anni nel periodo 1979-1981 (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello, & Santonastaso, 2009).

Al contrario, l'incidenza della bulimia nervosa sembra essere diminuita (Hoek, 2017). Per esempio in Olanda è passata da 8,6 per 100.000 persone anno nel periodo 1985-1989 a 6,1 per 100.000 persone anno nel periodo 1995-1999 (van Son et al., 2006).

Questi dati vanno presi con cautela perché un elevato numero di persone affette da bulimia nervosa non è in trattamento ed è più difficile individuare i casi di bulimia nervosa rispetto a quelli dell'anoressia nervosa.

In Italia, a parte lo studio di Padova, non è stato eseguito nessun altro studio di incidenza, per cui non sappiamo se ci siano state delle variazioni nel corso degli anni sul numero delle persone che si sono ammalate di disturbi dell'alimentazione³.

I Disturbi del comportamento alimentare in Sicilia

Di seguito sono riportati i dati di prevalenza e incidenza dei DCA per la popolazione siciliana desunti dalla letteratura scientifica più aggiornata richiamata nel precedente paragrafo. Naturalmente trattasi di stime suscettibili di ampia variabilità e che potrebbero richiedere successivi aggiustamenti ma possono fornire un quadro orientativo sui livelli di grandezza delle dimensioni del fenomeno.

Come abbiamo visto, gli studi epidemiologici internazionali stimano, con buona concordanza, la prevalenza dell'anoressia nervosa intorno allo 0.2-0.8%, quella della Bulimia nervosa intorno al 3%, e i DCA-NAS del 3.7-6.4% nella popolazione femminile compresa fra i 10 e 25 anni.

L'incidenza della AN è di 16-32 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 36-48 per la BN.

³ <https://www.aidap.org/2020/problemi-da-affrontare-nel-trattamento-dei-disturbi-dell'alimentazione-in-italia-1-non-abbiamo-un-osservatorio-epidemiologico/>

Il rapporto maschi/femmine è stimato pari a 1:9. Mancano dati epidemiologici nazionali e regionali, ma non esistono ragioni per presumere differenze sostanziali nei tassi di incidenza e di prevalenza rispetto ai dati internazionali.

Molti studi hanno evidenziato che la percentuale di pazienti che richiede un trattamento per DCA è molto bassa (40% dei soggetti con AN e 10% di quelle affette da BN in uno studio olandese, 56% e 29% rispettivamente in uno studio italiano).

Tab.1. Prevalenza ed incidenza dei casi di DCA (solo AN e BN) in Sicilia nella popolazione femminile. (aggiornamento al 1° gennaio 2020)

Popolazione residente al 1 gennaio 2020		Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
Provincia di residenza	Femmine 10-25 anni	Prevalenza 0,20%	Prevalenza 0,80%	Incidenza 4/100000	Incidenza 8/100000	Prevalenza 1,5%	Prevalenza 3%	Incidenza 9/100000	Incidenza 12/100000
		Casi attesi		Casi attesi		Casi attesi		Casi attesi	
		min	max	min	max	min	max	min	max
AG	35480	71	284	1	3	532	1064	3	4
CL	22153	44	177	1	2	332	665	2	3
CT	89861	180	719	4	7	1348	2696	8	11
EN	13128	26	105	1	1	197	394	1	2
ME	45424	91	363	2	4	681	1363	4	5
PA	101906	204	815	4	8	1529	3057	9	12
RG	25877	52	207	1	2	388	776	2	3
SR	30381	61	243	1	2	456	911	3	4
TP	34131	68	273	1	3	512	1024	3	4
REGIONE SICILIA	398341	797	3187	16	32	5975	11950	36	48

Ricorso alle strutture ospedaliere in residenti per Aziende Sanitarie Provinciali e Distretti sanitari della Sicilia nel periodo 2012-2019.

Il ricovero totale in ambiente specializzato può essere riservato solo ai pazienti che presentino: depressione severa o comportamenti autolesionistici, sintomatologia medica importante (ipopotassiemia, diabete mellito scompensato), comorbidità psichiatrica grave (idee suicide, abuso di sostanze, multi-impulsività), impossibilità a interrompere il circolo vizioso abbuffate-vomito; fallimento dei trattamenti ambulatoriali; situazioni ambientali ostili, gravidanza (soprattutto nei primi cinque mesi di gestazione).

Quindi l'indicatore del ricorso al ricovero ospedaliero sottostima ampiamente la frequenza reale del fenomeno che è di gran lunga più diffuso anche nelle forme cliniche meno accentuate rispetto ai casi che necessitano di ricovero ospedaliero. Tuttavia il ricorso al ricovero ospedaliero potrebbe indirettamente orientare riguardo ad esempio al differente impatto per aree territoriali.

Con questo scopo sono descritti per ciascuna causa e separatamente per i due sessi, i risultati riguardanti l'analisi di alcuni indicatori di morbosità stimata attraverso il ricorso al ricovero per il periodo 2012-2019 che viene misurato sia tramite gli episodi di ricovero con diagnosi primaria di DCA (dimissioni) sia tramite quella per soggetti trattati in regime di degenza con una diagnosi di DCA in qualsiasi campo escludendo i ricoveri ripetuti per lo stesso individuo (dimessi) (vedere nota metodologica in appendice).

L'analisi delle dimissioni offre una descrizione sulla domanda di ospedalizzazione con particolare riferimento alle modalità di erogazione ed alla mobilità e quindi alla domanda soddisfatta per territorio di residenza (e non per struttura).

L'analisi dei dimessi, rispetto a quella sull'andamento delle dimissioni, fornisce un quadro sulla distribuzione per residenza dei soggetti per i quali viene codificata la patologia di interesse che vengono in contatto annualmente con la struttura ospedaliera in qualsiasi regime di ricovero e pertanto può considerarsi un indicatore indiretto, ancorché non esaustivo, della prevalenza della patologia sul territorio.

NB

Come chiarito in appendice per questo tipo di analisi vengono considerati tutti i campi di diagnosi contrariamente all'analisi per dimissioni in cui si considera solo la diagnosi principale per cui il numero delle osservazioni in quest'ultimo caso può risultare generalmente più basso. Da evidenziare che la bassa numerosità delle osservazioni potrebbe generare oscillazioni casuali delle misure. I risultati sono riportati in tabelle e grafici allegati.

Anoressia Nervosa (ICD IX CM 307.1)

Dimessi in regime ordinario

Per tale categoria diagnostica nel periodo 2012-2019 annualmente una media di 63 soggetti (8 uomini e 55 donne) con ICD IX CM 307.1 in qualsiasi campo di diagnosi è venuto in contatto con una struttura ospedaliera nel solo regime ordinario. Ciascun soggetto nell'anno ha subito in media più di un ricovero (1,20 negli uomini e 1,44 nelle donne)

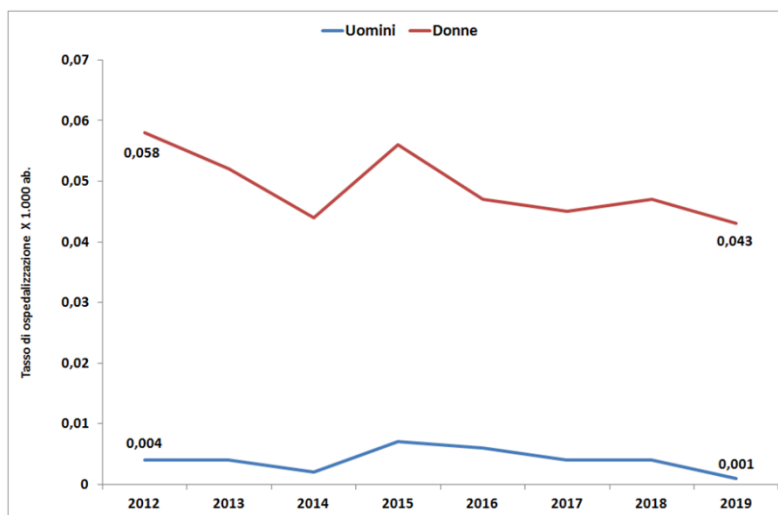
Le province in cui si registra in media annualmente il maggior numero di pazienti di entrambe i sessi in trattamento ospedaliero sono Catania (19), Messina (14) e Palermo (12).

Dimissioni

Nel periodo in esame in media si sono verificati ogni anno 55 ricoveri in regime ordinario (7 in uomini e 48 in donne). In aggiunta si è verificato un 50% (n. 24) in regime di DH.

La mobilità extraregionale media del periodo del 14% tra le donne e del 12% tra gli uomini. I picchi più elevati di ospedalizzazione si registrano nelle donne tra la seconda e la terza decade. Nel corso del periodo in osservazione, nella nostra regione l'andamento del tasso standardizzato di ospedalizzazione per anoressia nervosa mostra in entrambi i sessi un progressivo decremento con valori più elevati nel genere femminile.

**Andamento del tasso di ospedalizzazione per anoressia nervosa.
Tassi per 1.000 residenti Sicilia 2012-2019.**



Selezione dei ricoveri per Anoressia Nervosa in diagnosi principale e secondaria in regime di mobilità passiva e i corrispettivi valori tariffari. Sicilia 2019.

ASP Residenza	In Mobilità			In Regione			Totale		
	Anoressia nervosa	%	Tariffa	Anoressia nervosa	%	Tariffa	Anoressia nervosa	%	Tariffa
Agrigento	4	17%	10.134,00	1	1%	6920,00	5	3%	17.054,00
Caltanissetta	0	0%		5	4%	6963,00	5	3%	6.963,00
Catania	7	29%	48.019,06	40	32%	82979,00	47	32%	130.998,06
Enna	0	0%	16.958,45	5	4%	4859,00	5	3%	21.817,45
Messina	4	17%		30	24%	73660,00	34	23%	73.660,00
Palermo	4	17%	36.844,80	18	15%	46603,00	22	15%	83.447,80
Ragusa	1	4%	6.051,92	6	5%	10450,00	7	5%	16.501,92
Siracusa	0	0%		9	7%	19759,00	9	6%	19.759,00
Trapani	4	17%	37.426,56	3	2%	7363,00	7	5%	44.789,56
Fuori Regione		0%		7	6%	14215,00	7	5%	14.215,00
Totale Complessivo	24	100%	155.434,79	124	100%	273771,00	148	100%	429.205,79

Disturbi alimentazione (ICD IX CM 307.5)

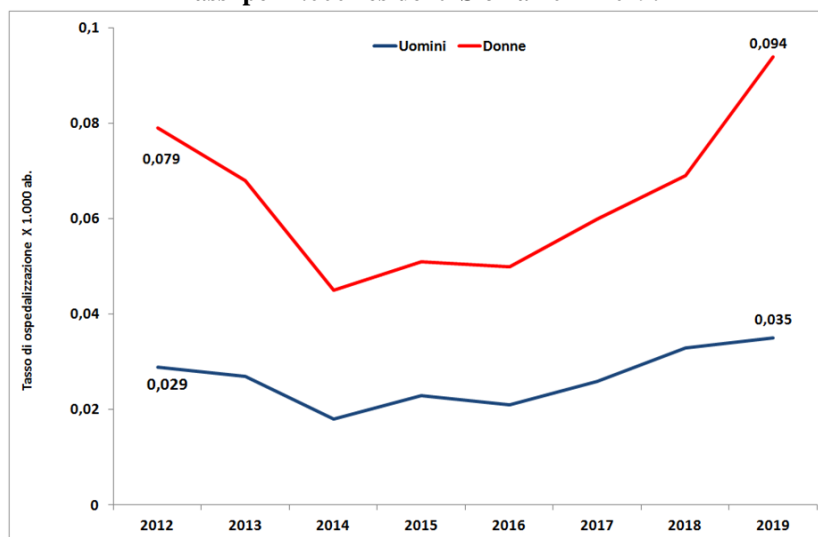
Dimessi in regime ordinario

Per tale categoria diagnostica in qualsiasi campo di diagnosi nel periodo in esame annualmente una media di 180 soggetti (62 uomini e 118 donne) è venuto in contatto con una struttura ospedaliera in regime ordinario. Le province in cui si registra in media annualmente il maggior numero di pazienti di entrambi i sessi in trattamento ospedaliero sono Palermo (32), Messina (37) e Catania (54).

Dimissioni

In Sicilia nel periodo 2012-2019, si verificano ogni anno 83 ricoveri in regime ordinario. In aggiunta si sono verificati circa il 54% dei ricoveri negli uomini ed il 50% nelle donne in DH. La mobilità extraregionale è pari al 20 tra gli uomini e al 18% tra le donne. I picchi più elevati di ospedalizzazione si registrano nelle donne tra la seconda e la terza decade. L'andamento del tasso standardizzato di ospedalizzazione per disturbi dell'alimentazione mostra in entrambi i sessi un progressivo incremento a partire dal 2015 con valori più elevati nel genere femminile.

**Andamento del tasso di ospedalizzazione per disturbi dell'alimentazione.
Tassi per 1.000 residenti Sicilia 2012-2019.**



Selezione dei ricoveri per disturbo dell'alimentazione in diagnosi principale e secondaria in regime di mobilità passiva e i corrispettivi valori tariffari. Sicilia 2019.

ASP Residenza	In Mobilità			In Regione			Totale		
	Disturbi alimentari	%	Tariffa	Disturbi alimentari	%	Tariffa	Disturbi alimentari	%	Tariffa
Agrigento	12	10%	42.945,43	14	4%	24776,00	26	6%	67.721,43
Caltanissetta	12	10%	74.560,28	11	3%	43749,00	23	5%	118.309,28
Catania	17	14%	77.807,98	183	57%	254773,00	200	45%	332.580,98
Enna	5	4%	27.210,00	10	3%	7218,00	15	3%	34.428,00
Messina	13	11%	65.756,20	27	8%	54363,00	40	9%	120.119,20
Palermo	37	31%	161.085,74	51	16%	106084,16	88	20%	267.169,90
Ragusa	5	4%	27.528,03	5	2%	5879,00	10	2%	33.407,03
Siracusa	9	8%	37.146,06	15	5%	52697,00	24	5%	89.843,06
Trapani	9	8%	34.288,46	2	1%	3351,00	11	2%	37.639,46
Fuori Regione		0%		5	2%	7029,00	5	1%	7.029,00
Totale Complessivo	119	100%	548.328,18	323	100%	559919,16	442	100%	1.108.247,34

Considerazioni per la programmazione

Facendo seguito alle indicazioni della Commissione di Studio Ministeriale per l'assistenza ai pazienti affetti da DCA che ha definito il modello organizzativo di riferimento, è possibile, in relazione alla domanda di cura, quantificare sulla base dei dati di prevalenza e incidenza i casi da trattare ai vari livelli

Tali indicazioni ipotizzano quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera) prospettando una futura rete di assistenza su tutto il territorio nazionale.

Secondo tali modelli si prevede che l'ambulatorio il punto centrale dell'intervento in maniera da assorbire il 60% -70% della domanda di cura. È necessario però che tale intervento

Regione di ricovero	Anorressia Nervosa (307.1)		Altri disturbi dell'alimentazione non specificati (307.5)		Totale	
PIEMONTE	1	1212,00	55	217417,40	56	218629,40
LOMBARDIA	4	16691,36	4	18613,72	8	35305,08
Bolzano	0	0,00	1	1620,00	1	1620,00
VENETO	11	103286,64	13	92354,40	24	195641,04
LIGURIA	1	14301,60	11	43036,31	12	57337,91
EMILIA ROMAGNA	0	0,00	14	79130,24	14	79130,24
TOSCANA	3	12412,00	4	19991,00	7	32403,00
MARCHE	2	5600,00	11	62418,00	13	68018,00
LAZIO	2	1931,19	6	13747,11	8	15678,30
Totale	24	155434,79	119	548328,18	143	703762,97

garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'approccio nutrizionale sia quello psicologico.

Il day hospital e il ricovero ospedaliero in fase acuta garantiscono la presa in carico in momenti più critici della terapia, ugualmente importanti.

La domanda di cura delle pazienti da trattare ai livelli semiresidenziale e residenziale può essere calcolata in modo congiunto in quanto gli interventi e il percorso riabilitativo del trattamento semiresidenziale (20% delle pazienti) non si discosta in sostanza da quello residenziale (10% delle pazienti).

Tab. 2: n° dei casi da trattare ai vari livelli.

Pop.10-25 anni 476497	N° casi	Ambulatorio (70%)	Unità semiresidenziali (20%)	Unità residenziali (10%)	
AN (anoressia nervosa)	905 - 3618	630-2527	180-720	90-361	Posti letto per le emergenze 4
BN (bulimia nervosa)	6784- 13568	4746 – 9492	1356 – 2712	678-1356	

Nota metodologica

Nella parte relativa alle dimissioni vengono riportate le tabelle, distinte per causa e per sesso, con gli indicatori di ricovero ospedaliero per l'intera Regione e, in dettaglio, per le nove Aziende Sanitarie Provinciali e per i rispettivi Distretti.

In particolare, le tabelle presentano il numero medio annuo di Ricoveri Ordinari (RO), il tasso grezzo di ospedalizzazione riportato solo nella tabella relativa a tutte le cause, il rapporto proporzionale di morbosità presente in tutte tabelle ad eccezione di quella relativa a tutte le cause, la degenza media di RO, il tasso grezzo in RO (x 1.000 abitanti), la percentuale di RO avvenuti fuori ASL, la percentuale di RO avvenuti fuori Regione, il numero di accessi in Day Hospital (DH) per ricovero in DH e la percentuale di DH sul numero totale di ricoveri (RO e DH). I Tassi Standardizzati (TSD) diretti di RO (x 1.000) con i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% sono presentati per l'intero periodo in studio.

Sempre per ciascuna causa e separatamente per i due sessi sono riportate le mappe tematiche che illustrano la distribuzione spaziale dei TSD di ricovero per Distretto di residenza e i grafici che mostrano l'andamento dei tassi età specifici di ricovero (per 1.000) sia totale sia dettagliato per regime (ordinario, day hospital).

Nella parte relativa all'analisi sui dimessi, ovvero ai soggetti che almeno una volta sono venuti in contatto con l'ospedale in qualsiasi regime di ricovero nell'anno solare, escludendo i ricoveri ripetuti, analogamente a quella delle dimissioni, si riportano le tabelle con i risultati degli indicatori di ricovero ospedaliero, suddivise per causa e per sesso, calcolati sulla popolazione totale della Regione e distinta per Aziende Sanitarie Provinciali e per ciascun Distretto.

In questo caso sono stati calcolati i seguenti indicatori: numero medio annuale in ricoveri, numero medio in ricoveri per dimesso, numero di giornate pro-capite in ricoveri ordinari (x 1.000), tasso grezzo di ricoveri (x 1.000), TSD diretti di ricoveri (x 1.000) e Rapporti Standardizzati di Morbosità (SMR) con i relativi Intervalli di Confidenza (IC) al 95%.

I valori degli SMR risultati statisticamente significativi sono stati riportati in grassetto. Il commento si riferisce agli SMR che dall'analisi sono risultati statisticamente significativi con un valore inferiore a 80 o superiore a 120, tuttavia con qualche eccezione che è stato ritenuto opportuno porre in evidenza.

Anche in questa sezione vengono riportate, per causa e per sesso, le mappe tematiche che illustrano graficamente la distribuzione spaziale degli SMR di ricovero e il diagramma dei TSD diretti con i relativi intervalli di confidenza al 95% per ciascuna Azienda Sanitaria e per ciascun Distretto della Regione.

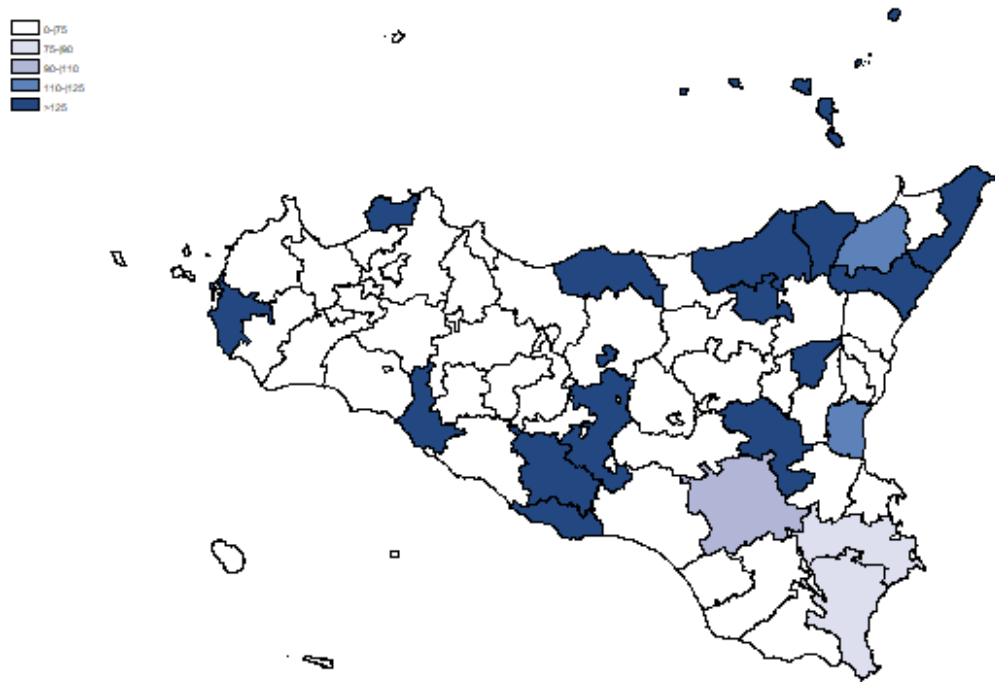
ANORESSIA NERVOSA, UOMINI

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	1	1,20	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	94,6	30,5	220,8
Agrigento	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	56,7	0,7	315,6
Bivona	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Canicattì	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,03	195,7	22,0	706,5
Casteltermini	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Licata	0	2,00	0,1	0,00	0,00	0,00	0,03	128,8	1,7	716,4
Ribera	0	1,00	0,1	0,01	0,00	0,00	0,04	260,1	3,4	1447,0
Sciacca	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 2 Caltanissetta	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	60,1	6,8	217,2
Caltanissetta	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,04	181,1	20,3	653,9
Gela	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Mussomeli	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
San Cataldo	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 3 Catania	2	1,08	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	90,7	46,8	158,4
Acireale	0	2,00	0,1	0,00	0,00	0,00	0,02	60,2	0,8	334,8
Adrano	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,03	233,4	26,2	842,6
Bronte	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Caltagirone	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,03	102,6	1,3	570,9
Catania metropolitana	1	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	114,9	37,0	268,2
Giarre	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Gravina	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	45,6	0,6	253,8
Palagonia	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,04	265,6	29,8	959,0
Paternò	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 4 Enna	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Agira	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Enna	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Nicosia	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Piazza Armerina	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 5 Messina	3	1,26	0,1	0,01	0,01	0,01	0,02	374,1	246,5	544,3
Barcellona Pozzo di Gotto	0	1,00	0,0	0,00	0,01	0,00	0,04	122,9	1,6	683,8
Lipari	0	1,00	0,2	0,02	0,01	0,00	0,06	592,5	7,7	3296,4
Messina metropolitana	2	1,13	0,1	0,01	0,02	0,01	0,03	503,6	287,7	817,9
Milazzo	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Mistretta	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Patti	1	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,05	740,7	199,3	1896,4
S. Agata Militello	0	2,67	0,2	0,01	0,02	0,00	0,05	364,4	73,2	1064,7
Taormina	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,05	313,1	35,2	1130,3
ASP 6 Palermo	1	1,13	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	53,0	22,8	104,4
Bagheria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Carini	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,03	186,8	21,0	674,5
Cefalù	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,06	195,8	2,6	1089,5
Corleone	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	1	1,20	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	56,1	18,1	130,9
Partinico	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Petralia Sottana	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Termini Imerese	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Lampedusa e Linosa	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 7 Ragusa	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Modica	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Ragusa	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Vittoria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 8 Siracusa	0	1,67	0,1	0,00	0,00	0,00	0,01	63,1	12,7	184,4
Augusta	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Lentini	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Noto	0	2,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,02	79,7	1,0	443,4
Siracusa	0	1,50	0,1	0,00	0,00	0,00	0,01	88,0	9,9	317,5
ASP 9 Trapani	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	57,8	11,6	168,7
Alcamo	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Castelvetrano	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Marsala	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,03	183,5	20,6	662,7
Mazara del Vallo	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Pantelleria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Trapani	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,01	61,3	0,8	340,8
REGIONE SICILIA	8	1,20	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00			

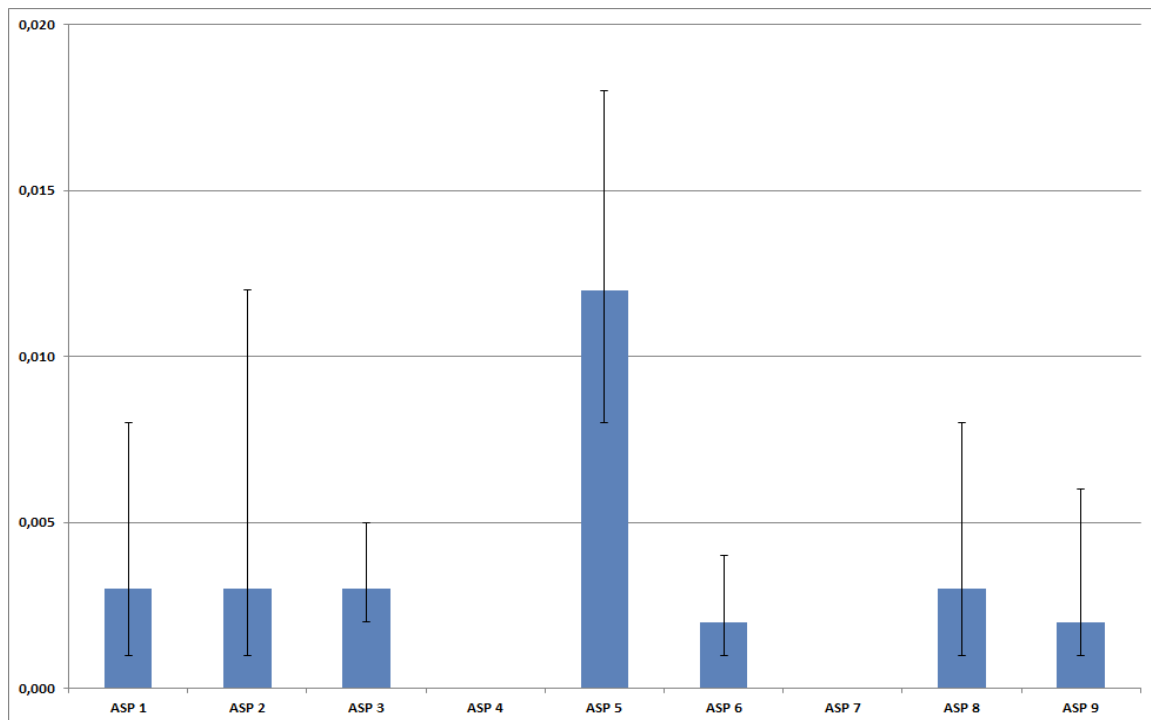
Tabella 1 Dimessi e tassi standardizzati nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia

(aa 2012-2019)

Anoressia nervosa, Uomini
Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza
(aa 2012-2019)



Tasso Standardizzato Diretto per 1.000 ab.
(aa 2012-2019)



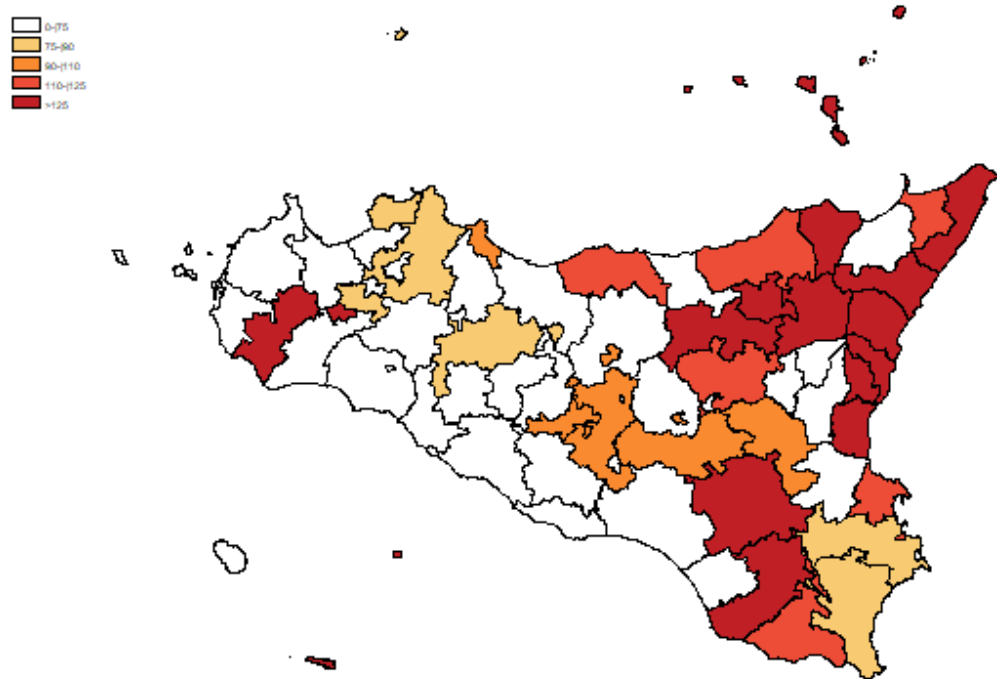
Anoressia nervosa, Donne

Tabella 2 Dimessi e tassi standardizzati nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia

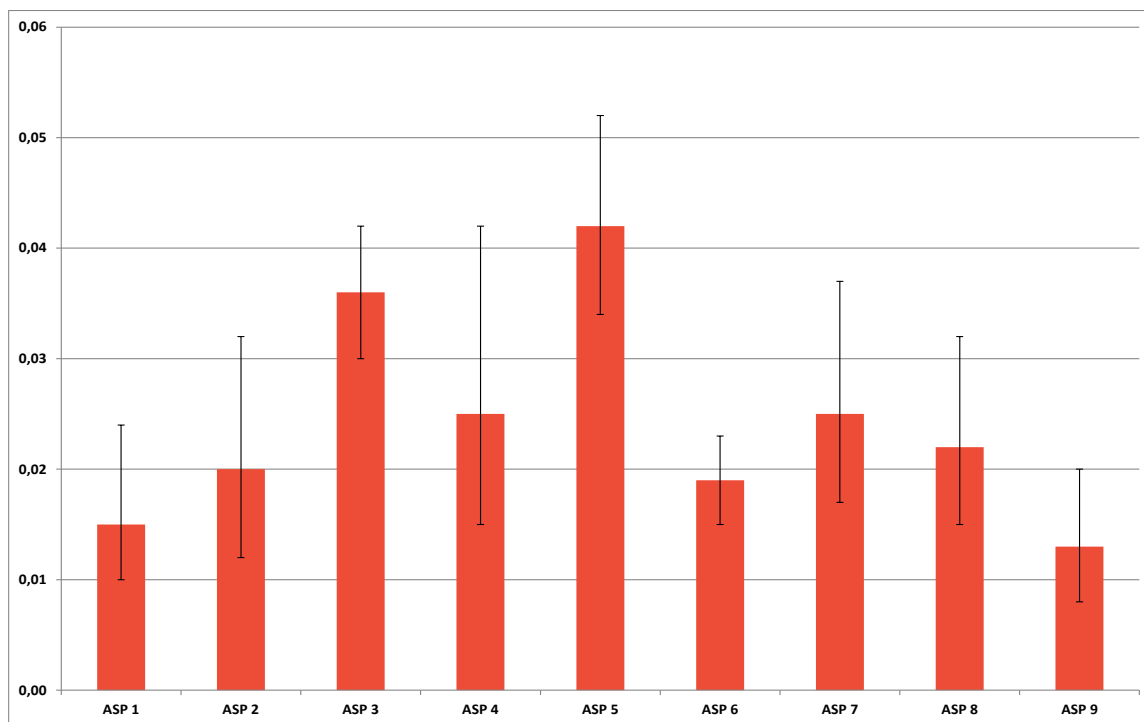
(aa 2012-2019)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	3	1,43	0,2	0,01	0,02	0,01	0,02	54,8	33,9	83,8
Agrigento	1	1,14	0,0	0,01	0,01	0,01	0,03	54,9	22,0	113,2
Bivona	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Canicatti	1	1,25	0,2	0,01	0,02	0,01	0,05	53,7	14,5	137,5
Casteltermini	0	1,00	0,3	0,01	0,01	0,00	0,10	52,5	0,7	292,0
Licata	0	1,67	0,2	0,01	0,01	0,00	0,04	52,8	10,6	154,1
Ribera	0	1,00	0,1	0,01	0,02	0,00	0,06	72,3	8,1	261,1
Sciacca	1	2,25	0,5	0,01	0,02	0,01	0,05	63,8	17,2	163,4
ASP 2 Caltanissetta	2	1,44	0,2	0,02	0,02	0,01	0,03	74,3	44,0	117,5
Caltanissetta	1	1,50	0,4	0,02	0,03	0,01	0,06	98,9	42,6	194,9
Gela	1	1,50	0,1	0,01	0,01	0,01	0,03	53,4	19,5	116,2
Mussomeli	0	2,00	0,1	0,01	0,02	0,00	0,12	56,7	0,7	315,7
San Cataldo	0	1,00	0,1	0,02	0,02	0,01	0,08	96,0	19,3	280,6
ASP 3 Catania	17	1,33	0,4	0,03	0,04	0,03	0,04	137,8	115,5	163,1
Acireale	3	1,50	0,5	0,04	0,04	0,03	0,07	161,0	98,3	248,7
Adrano	0	2,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,03	46,6	9,4	136,3
Bronte	1	1,13	1,1	0,05	0,07	0,03	0,14	232,2	100,0	457,5
Caltagirone	1	1,27	0,4	0,03	0,04	0,02	0,07	156,6	78,1	280,3
Catania metropolitana	6	1,28	0,4	0,03	0,04	0,03	0,05	143,1	104,7	190,8
Giarre	2	1,14	0,6	0,04	0,05	0,03	0,09	190,7	104,2	319,9
Gravina	3	1,22	0,5	0,04	0,04	0,03	0,06	166,0	109,4	241,5
Palagonia	1	1,20	0,2	0,02	0,02	0,01	0,06	91,1	29,4	212,6
Paternò	0	2,33	0,2	0,01	0,01	0,00	0,04	40,5	8,2	118,5
ASP 4 Enna	2	1,27	0,4	0,02	0,03	0,02	0,04	99,8	55,8	164,6
Agira	1	1,25	0,6	0,03	0,03	0,01	0,08	121,4	32,7	310,9
Enna	0	1,33	0,4	0,01	0,02	0,00	0,05	63,0	12,7	184,1
Nicosia	1	1,25	0,6	0,03	0,04	0,01	0,11	142,6	38,4	365,2
Piazza Armerina	1	1,25	0,2	0,02	0,02	0,01	0,06	95,9	25,8	245,6
ASP 5 Messina	11	1,48	0,5	0,03	0,04	0,03	0,05	172,5	138,9	211,8
Barcellona Pozzo di Gotto	0	1,00	0,2	0,01	0,01	0,00	0,04	34,0	3,8	122,8
Lipari	1	1,80	0,5	0,08	0,10	0,04	0,25	420,4	135,5	981,2
Messina metropolitana	7	1,41	0,7	0,05	0,06	0,04	0,08	240,4	181,5	312,1
Milazzo	1	1,29	0,4	0,02	0,03	0,01	0,06	111,3	44,6	229,4
Mistretta	0	1,00	0,3	0,01	0,02	0,00	0,15	72,8	1,0	405,3
Patti	1	2,57	0,9	0,03	0,04	0,02	0,08	180,1	72,2	371,1
S. Agata Militello	1	1,00	0,2	0,02	0,03	0,01	0,06	113,9	45,6	234,7
Taormina	1	1,67	0,2	0,02	0,03	0,01	0,08	128,3	46,8	279,2
ASP 6 Palermo	11	1,55	0,2	0,02	0,02	0,02	0,02	75,6	60,3	93,5
Bagheria	1	1,22	0,2	0,02	0,03	0,01	0,05	100,6	45,9	191,0
Carini	1	1,67	0,2	0,02	0,02	0,01	0,04	76,3	27,9	166,0
Cefalù	1	1,25	0,5	0,02	0,02	0,01	0,07	110,1	29,6	281,9
Corleone	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,09	80,0	9,0	288,8
Misilmeri	0	1,67	0,1	0,01	0,02	0,01	0,05	60,2	12,1	176,0
Palermo metropolitana	7	1,67	0,2	0,02	0,02	0,02	0,03	82,6	62,3	107,6
Partinico	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,03	44,9	9,0	131,1
Peralia Sottana	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Termini Imerese	0	1,00	0,0	0,00	0,01	0,00	0,04	18,8	0,3	104,6
Lampedusa e Linosa	0	1,00	0,2	0,04	0,04	0,01	0,29	177,7	2,3	988,4
ASP 7 Ragusa	3	1,33	0,3	0,02	0,03	0,02	0,04	98,5	64,9	143,2
Modica	2	1,42	0,4	0,03	0,03	0,02	0,06	117,8	60,8	205,8
Ragusa	1	1,20	0,4	0,03	0,03	0,02	0,06	125,7	60,2	231,2
Vittoria	1	1,17	0,1	0,01	0,02	0,01	0,03	64,6	23,6	140,7
ASP 8 Siracusa	4	1,48	0,3	0,02	0,02	0,02	0,03	85,1	57,0	122,2
Augusta	1	2,00	0,7	0,03	0,03	0,01	0,08	120,0	38,7	280,1
Lentini	0	1,00	0,2	0,01	0,02	0,01	0,05	65,5	13,2	191,4
Noto	1	1,75	0,4	0,02	0,02	0,01	0,05	88,4	38,1	174,3
Siracusa	2	1,23	0,3	0,02	0,02	0,01	0,03	79,8	42,4	136,4
ASP 9 Trapani	2	1,68	0,2	0,01	0,01	0,01	0,02	51,3	30,9	80,1
Alcamo	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,05	34,9	3,9	125,9
Castelvetrano	0	1,00	0,0	0,00	0,01	0,00	0,04	18,9	0,3	105,4
Marsala	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,02	13,1	0,2	73,1
Mazara del Vallo	1	1,56	0,6	0,03	0,04	0,02	0,07	149,4	68,2	283,5
Pantelleria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Trapani	1	2,33	0,2	0,01	0,01	0,01	0,03	51,1	18,7	111,3
REGIONE SICILIA	55	1,44	0,3	0,02	0,03	0,02	0,03			

Anoressia nervosa, Donne
 Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza
 (aa 2012-2019)



Tasso Standardizzato Diretto per 1.000 ab.
 (aa 2012-2019)



DISTURBI ALIMENTAZIONE, UOMINI

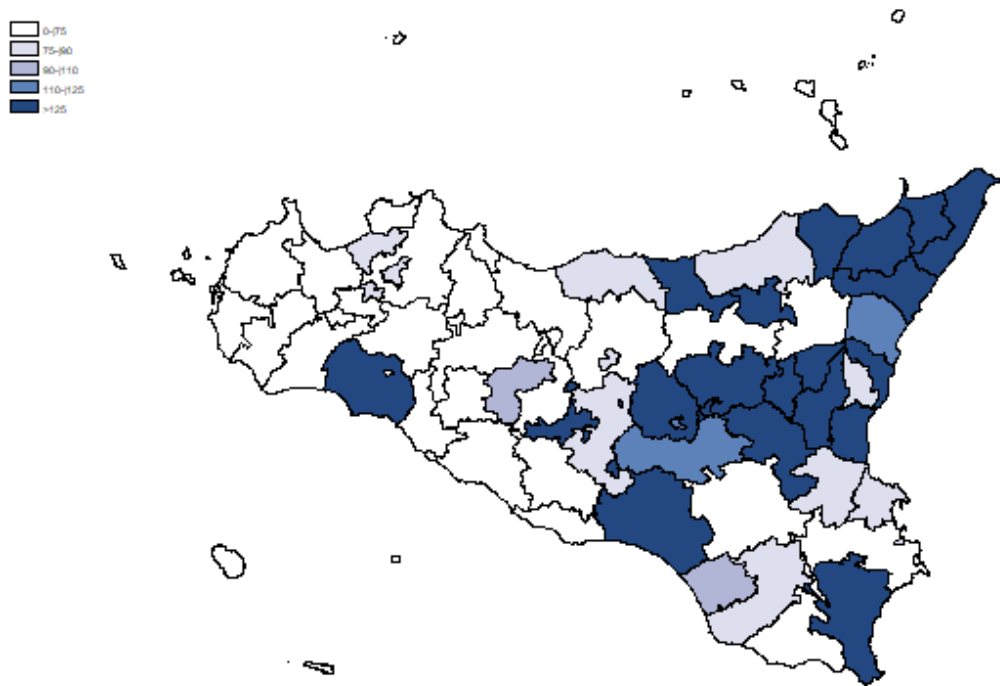
RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	5	1,00	0,1	0,02	0,03	0,02	0,04	89,2	62,8	122,9
Agrigento	1	1,00	0,1	0,01	0,02	0,01	0,04	56,9	24,5	112,1
Bivona	0	1,00	0,1	0,01	0,02	0,00	0,12	71,1	0,9	395,8
Canicattì	1	1,00	0,1	0,02	0,02	0,01	0,04	60,1	19,4	140,4
Casteltermini	0	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,09	94,3	10,6	340,4
Licata	1	1,00	0,0	0,02	0,02	0,01	0,06	66,1	17,8	169,2
Ribera	0	1,00	0,1	0,02	0,03	0,01	0,11	69,0	7,8	249,2
Sciacca	2	1,00	0,3	0,05	0,09	0,05	0,15	225,4	126,0	371,7
ASP 2 Caltanissetta	4	1,13	0,2	0,03	0,04	0,03	0,06	114,0	76,9	162,8
Caltanissetta	1	1,29	0,2	0,02	0,03	0,01	0,06	80,5	32,3	165,9
Gela	2	1,06	0,2	0,04	0,05	0,03	0,08	138,4	80,6	221,6
Mussomeli	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
San Cataldo	1	1,17	0,3	0,04	0,06	0,02	0,13	176,6	64,5	384,4
ASP 3 Catania	19	1,08	0,3	0,03	0,05	0,04	0,06	131,5	111,2	154,5
Acireale	3	1,00	0,2	0,04	0,06	0,04	0,10	171,2	109,7	254,8
Adrano	2	1,14	0,3	0,05	0,07	0,04	0,12	186,1	101,7	312,3
Bronte	0	1,00	0,1	0,01	0,02	0,00	0,08	54,2	6,1	195,7
Caltagirone	1	1,00	0,1	0,02	0,03	0,01	0,06	65,0	20,9	151,6
Catania metropolitana	7	1,04	0,3	0,04	0,06	0,04	0,07	149,2	112,7	193,8
Giarre	1	1,70	0,3	0,03	0,05	0,02	0,09	124,1	59,4	228,3
Gravina	2	1,00	0,2	0,02	0,03	0,02	0,05	78,7	44,0	129,8
Palagonia	1	1,00	0,4	0,04	0,06	0,03	0,11	161,4	77,3	296,8
Paternò	2	1,08	0,2	0,04	0,05	0,03	0,09	136,8	70,6	239,0
ASP 4 Enna	3	1,05	0,2	0,03	0,05	0,04	0,08	139,1	87,2	210,7
Agira	1	1,00	0,1	0,04	0,07	0,03	0,16	168,1	61,4	365,9
Enna	1	1,09	0,3	0,05	0,09	0,05	0,16	220,6	110,0	394,8
Nicosia	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Piazza Armerina	1	1,00	0,1	0,03	0,04	0,02	0,10	115,6	37,3	269,7
ASP 5 Messina	14	1,03	0,2	0,04	0,07	0,06	0,09	191,2	157,2	230,5
Barcellona Pozzo di Gotto	3	1,05	0,2	0,08	0,12	0,08	0,19	330,4	207,0	500,2
Lipari	0	1,00	0,1	0,02	0,02	0,00	0,15	72,0	0,9	400,8
Messina metropolitana	5	1,00	0,2	0,03	0,06	0,04	0,08	145,5	102,4	200,5
Milazzo	3	1,00	0,4	0,07	0,12	0,08	0,19	303,2	187,6	463,4
Mistretta	0	1,00	0,3	0,05	0,07	0,02	0,24	220,5	44,3	644,1
Patti	2	1,00	0,3	0,06	0,11	0,06	0,19	283,6	146,4	495,3
S. Agata Militello	1	1,40	0,2	0,02	0,02	0,01	0,06	78,3	25,2	182,8
Taormina	1	1,00	0,2	0,04	0,06	0,03	0,12	175,4	80,0	333,0
ASP 6 Palermo	9	1,08	0,2	0,01	0,02	0,01	0,02	55,8	43,6	70,3
Bagheria	1	1,00	0,1	0,01	0,02	0,01	0,04	46,5	15,0	108,4
Cani	0	1,00	0,0	0,01	0,01	0,00	0,03	30,7	6,2	89,8
Cefalù	0	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,07	76,3	15,3	222,9
Corleone	0	1,00	0,0	0,01	0,02	0,00	0,13	42,4	0,6	235,7
Lercara Friddi	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	6	1,12	0,2	0,02	0,02	0,01	0,03	67,2	50,0	88,3
Partinico	1	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,05	78,1	28,5	170,1
Petràlia Sottana	0	1,00	0,2	0,01	0,00	0,00	0,02	49,9	0,7	277,4
Termini Imerese	0	1,00	0,1	0,00	0,01	0,00	0,04	16,7	0,2	92,7
Lampedusa e Linosa	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
ASP 7 Ragusa	3	1,27	0,2	0,02	0,03	0,02	0,04	69,0	43,2	104,4
Modica	0	1,33	0,1	0,01	0,01	0,00	0,03	25,7	5,2	75,2
Ragusa	1	1,00	0,1	0,02	0,03	0,02	0,07	77,2	30,9	159,2
Vittoria	2	1,42	0,3	0,03	0,04	0,02	0,07	107,3	55,4	187,4
ASP 8 Siracusa	4	1,21	0,2	0,02	0,03	0,02	0,04	86,8	60,1	121,3
Augusta	1	1,25	0,4	0,02	0,02	0,01	0,07	83,8	22,5	214,5
Lentini	1	1,00	0,1	0,02	0,03	0,01	0,09	79,3	21,3	203,0
Noto	2	1,08	0,2	0,03	0,04	0,02	0,08	125,5	66,8	214,7
Siracusa	2	1,38	0,2	0,02	0,02	0,01	0,03	68,5	36,4	117,1
ASP 9 Trapani	2	1,05	0,1	0,01	0,01	0,01	0,02	47,6	28,7	74,3
Alcamo	0	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,03	15,9	0,2	88,2
Castelvetrano	1	1,25	0,2	0,02	0,02	0,01	0,06	71,9	19,4	184,1
Marsala	0	1,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,04	35,6	7,2	103,9
Mazara del Vallo	1	1,00	0,1	0,01	0,02	0,01	0,06	62,1	16,7	158,9
Pantelleria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Trapani	1	1,00	0,1	0,01	0,01	0,01	0,03	56,2	22,5	115,8
REGIONE SICILIA	62	1,08	0,2	0,03	0,04	0,03	0,04			

Tabella 3 Dimessi e tassi standardizzati nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia

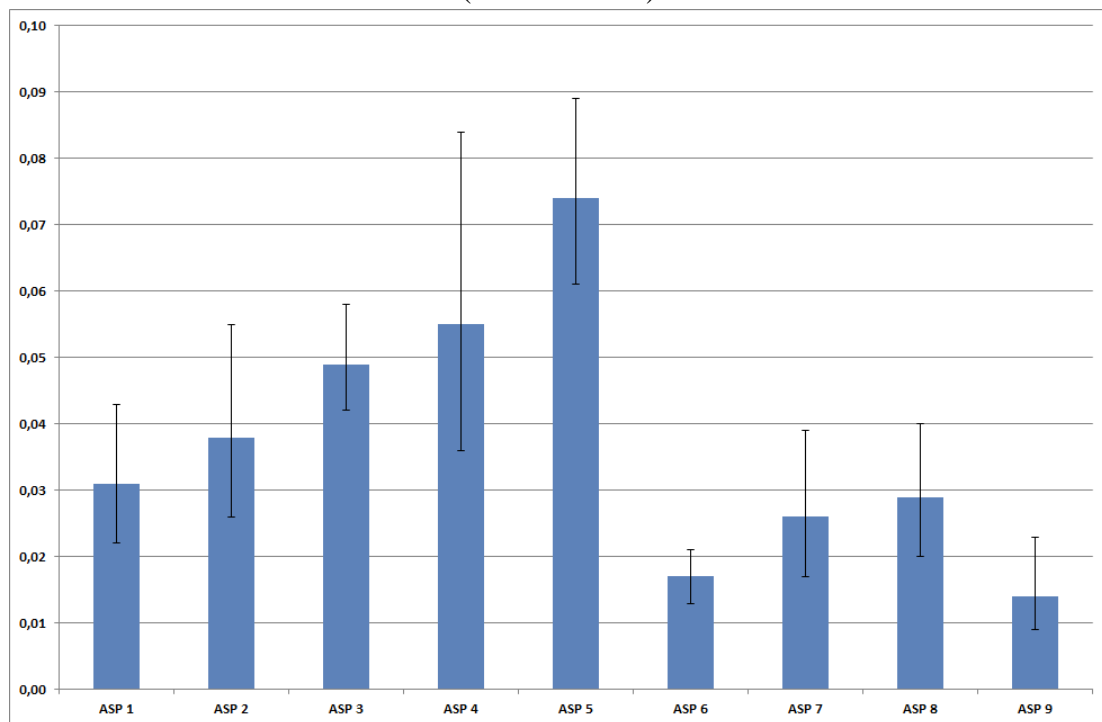
(aa 2012-2019)

Disturbi alimentazione, Uomini

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza
(aa 2012-2019)



Tasso Standardizzato Diretto per 1.000 ab.
(aa 2012-2019)



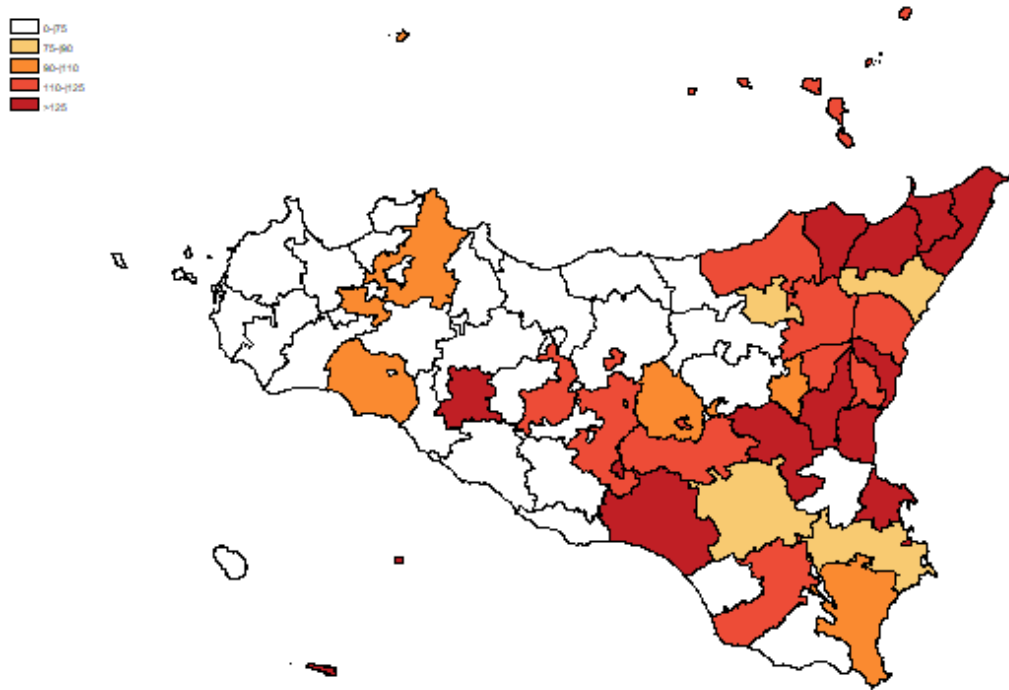
Disturbi alimentazione, Donne

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale R.O.	Num. medio in R.O. per dimesso	Numero di giornate procapite in R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		SMR	Intervalli di confidenza al 95%	
						Limite inferiore	Limite superiore		Limite inferiore	Limite superiore
ASP 1 Agrigento	7	1,07	0,4	0,03	0,04	0,03	0,06	69,6	52,6	90,3
Agrigento	3	1,00	0,4	0,03	0,05	0,03	0,08	74,5	45,5	115,0
Bivona	1	1,20	1,6	0,07	0,09	0,04	0,23	169,4	54,6	395,4
Canicatti	1	1,11	0,5	0,03	0,03	0,02	0,06	56,5	25,8	107,2
Casteltermini	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Licata	1	1,00	0,1	0,02	0,03	0,01	0,06	50,7	18,5	110,4
Ribera	0	1,00	0,2	0,02	0,02	0,00	0,06	51,6	10,4	150,8
Sciacca	2	1,15	0,2	0,04	0,07	0,04	0,13	99,4	52,9	170,0
ASP 2 Caltanissetta	7	1,12	0,4	0,05	0,08	0,06	0,10	115,5	87,9	148,9
Caltanissetta	3	1,19	0,5	0,05	0,08	0,05	0,12	123,3	76,3	188,5
Gela	4	1,10	0,4	0,06	0,09	0,06	0,12	125,4	84,6	179,0
Mussomeli	1	1,00	0,7	0,04	0,06	0,02	0,16	111,2	29,9	284,7
San Cataldo	1	1,00	0,2	0,03	0,04	0,01	0,11	61,2	16,5	156,6
ASP 3 Catania	35	1,08	0,6	0,06	0,09	0,08	0,10	131,4	116,5	147,7
Acireale	5	1,13	0,6	0,07	0,10	0,08	0,14	142,8	101,0	196,0
Adrano	2	1,00	0,5	0,06	0,09	0,05	0,14	124,9	74,0	197,5
Bronte	1	1,13	0,5	0,05	0,07	0,03	0,15	110,3	47,5	217,4
CastagNONE	2	1,25	0,4	0,04	0,05	0,03	0,10	81,2	41,9	141,9
Catania metropolitana	12	1,06	0,5	0,06	0,09	0,07	0,11	134,8	109,2	164,7
Giarre	2	1,05	0,4	0,05	0,09	0,06	0,15	121,4	73,0	189,5
Gravina	5	1,07	0,7	0,06	0,07	0,05	0,10	115,2	83,0	155,7
Palagonia	2	1,00	0,7	0,07	0,09	0,05	0,14	136,1	77,7	221,0
Paternò	4	1,06	1,1	0,10	0,14	0,10	0,20	206,0	142,7	287,9
ASP 4 Enna	4	1,14	0,2	0,04	0,07	0,05	0,10	90,2	59,9	130,3
Agira	1	1,00	0,1	0,03	0,05	0,02	0,13	72,2	23,3	168,5
Enna	1	1,30	0,3	0,04	0,08	0,04	0,15	102,7	49,1	188,8
Nicosia	0	1,00	0,2	0,02	0,04	0,01	0,14	52,3	10,5	152,9
Piazza Armerina	1	1,10	0,3	0,05	0,09	0,05	0,18	115,6	55,3	212,6
ASP 5 Messina	23	1,14	0,6	0,07	0,12	0,10	0,14	165,1	142,1	190,7
Barcellona Pozzo di Gotto	3	1,00	0,6	0,09	0,15	0,10	0,22	210,5	138,7	306,3
Lipari	0	1,00	0,2	0,05	0,09	0,03	0,29	116,3	23,4	339,9
Messina metropolitana	11	1,20	0,7	0,08	0,12	0,10	0,15	179,0	143,8	220,3
Milazzo	3	1,18	0,4	0,07	0,13	0,09	0,20	164,0	102,7	248,3
Mistretta	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Patti	3	1,00	0,9	0,10	0,15	0,10	0,24	243,6	148,7	376,2
S. Agata Militello	2	1,13	0,3	0,05	0,09	0,05	0,15	119,6	66,9	197,3
Taormina	1	1,11	0,5	0,04	0,05	0,03	0,11	90,0	41,1	170,8
ASP 6 Palermo	23	1,30	0,4	0,04	0,04	0,04	0,05	76,4	65,8	88,2
Bagheria	1	1,00	0,1	0,02	0,02	0,01	0,04	34,9	14,0	72,0
Carini	1	1,00	0,1	0,02	0,02	0,01	0,04	44,5	19,2	87,7
Cefalù	1	1,20	0,4	0,03	0,03	0,01	0,07	65,8	21,2	153,6
Corleone	0	1,00	0,3	0,02	0,03	0,01	0,15	47,0	5,3	169,8
Lercara Friddi	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	1	1,33	0,2	0,03	0,04	0,02	0,08	54,4	19,9	118,4
Palermo metropolitana	18	1,35	0,6	0,04	0,05	0,04	0,06	95,6	80,4	112,8
Partinico	1	1,00	0,2	0,02	0,03	0,01	0,05	48,3	19,4	99,5
Petralia Sottana	0	4,00	0,1	0,01	0,01	0,00	0,09	24,4	0,3	135,6
Termini Imerese	1	1,13	0,2	0,03	0,04	0,02	0,09	70,4	30,3	138,7
Lampedusa e Linosa	0	1,00	0,6	0,08	0,08	0,02	0,31	167,1	18,8	603,1
ASP 7 Ragusa	6	1,24	0,4	0,04	0,05	0,04	0,07	83,0	61,6	109,4
Modica	2	1,20	0,3	0,03	0,04	0,02	0,07	66,9	37,4	110,3
Ragusa	3	1,29	0,7	0,05	0,09	0,06	0,13	121,6	75,3	185,9
Vittoria	2	1,21	0,4	0,03	0,04	0,03	0,07	68,1	37,2	114,3
ASP 8 Siracusa	8	1,20	0,4	0,04	0,06	0,05	0,08	89,6	69,3	114,0
Augusta	2	1,08	0,5	0,06	0,09	0,05	0,16	135,9	70,2	237,4
Lentini	1	1,00	0,2	0,02	0,03	0,01	0,09	51,1	16,5	119,2
Noto	3	1,10	0,3	0,05	0,07	0,04	0,11	102,5	62,6	158,2
Siracusa	4	1,30	0,4	0,04	0,05	0,04	0,08	84,5	57,0	120,7
ASP 9 Trapani	4	1,29	0,3	0,02	0,03	0,02	0,04	43,5	30,1	60,8
Alcamo	1	1,00	0,2	0,02	0,02	0,01	0,05	41,3	13,3	96,4
Castelvetrano	1	1,00	0,1	0,02	0,03	0,01	0,08	45,6	14,7	106,3
Marsala	1	1,29	0,2	0,02	0,03	0,01	0,06	42,8	17,2	88,2
Mazara del Vallo	1	1,50	0,2	0,01	0,02	0,01	0,05	31,6	8,5	80,9
Pantelleria	0	.	.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Trapani	2	1,46	0,4	0,02	0,03	0,02	0,05	52,8	28,1	90,3
REGIONE SICILIA	118	1,16	0,5	0,05	0,06	0,06	0,07			

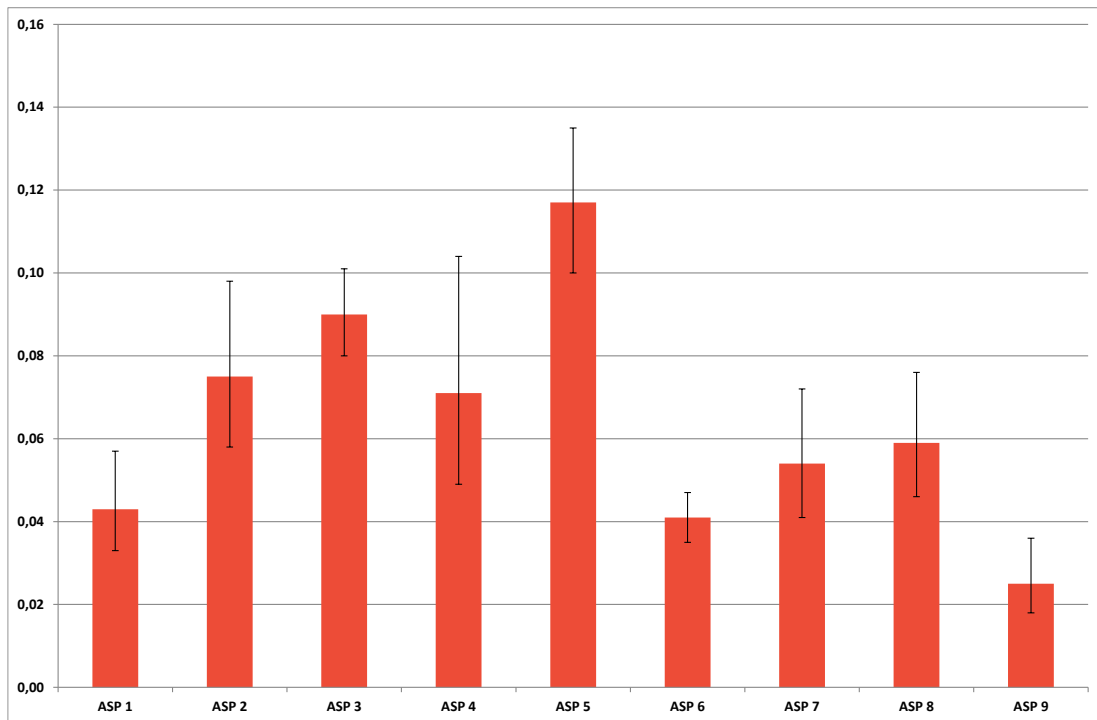
Tabella 4 Dimessi e tassi standardizzati nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia

(aa 2012-2019)

Disturbi alimentazione, Donne
 Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza
 (aa 2012-2019)



Tasso Standardizzato Diretto per 1.000 ab.
 (aa 2012-2019)

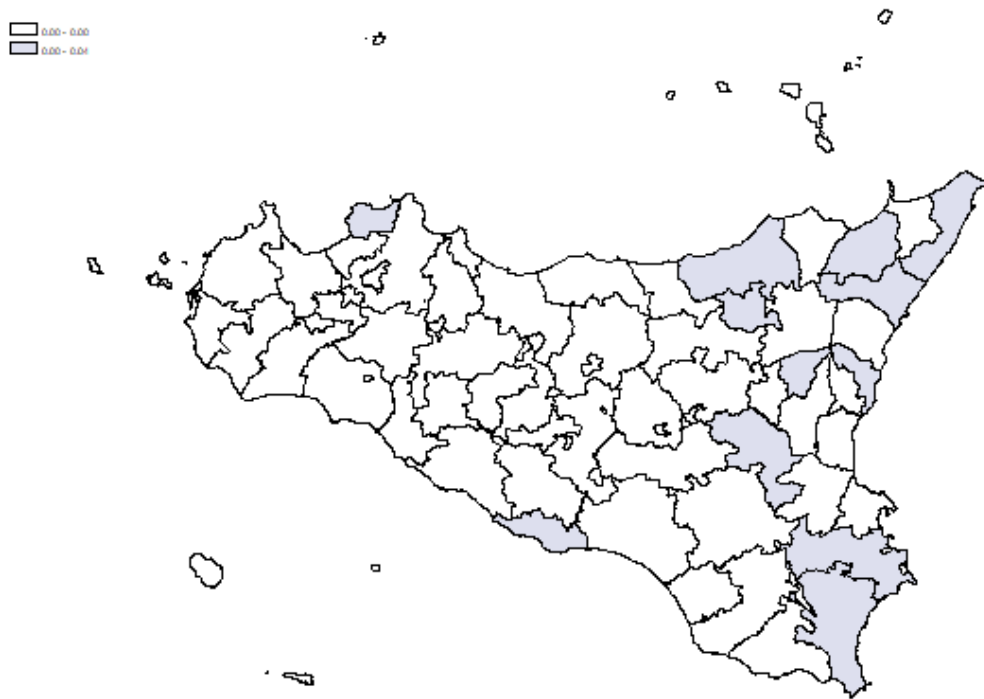


Anoressia nervosa, Uomini

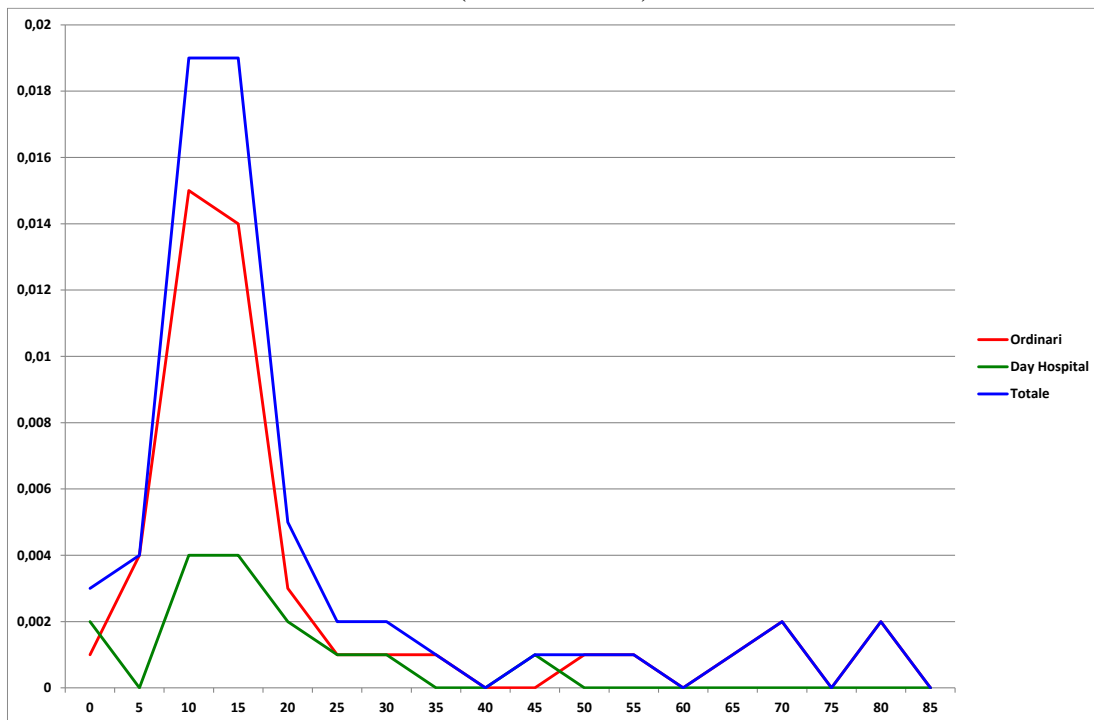
Tabella 5 Dimissioni e andamento temporale dei tassi standardizzati diretti nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (aa. 2012-2019)

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale di R.O.	Rapporto Proporzionale di Morbosità	Degenza media di R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervallo di confidenza al 95%		% R.O. fuori ASL	% R.O. fuori Regione	D.H. accessi per ricovero	% DH su ricoveri tot.
						Limite inferiore	Limite superiore				
ASP 1 Agrigento	1	0,0	9,75	0,00	0,00	0,00	0,01	50,0	0,0	0,0	0,0
Agrigento	0	0,0	10,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0
Bivona	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Canicatti	0	0,0	3,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0
Casteltermini	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Licata	0	0,0	13,00	0,01	0,01	0,00	0,04	100,0	0,0	0,0	0,0
Ribera	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Sciacca	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 2 Caltanissetta	0	0,0	17,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,0	100,0	0,0	0,0
Caltanissetta	0	0,0	17,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	100,0	0,0	0,0
Gela	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Mussomeli	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
San Cataldo	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 3 Catania	1	0,0	10,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	10,0	5,6	50,0
Acireale	0	0,0	23,50	0,00	0,00	0,00	0,02	0,0	0,0	6,0	33,3
Adrano	0	0,0	7,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0
Bronte	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	8,5	100,0
Caltagirone	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Catania metropolitana	1	0,0	7,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,0	20,0	5,0	44,4
Giarre	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Gravina	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	5,5	100,0
Palagonia	0	0,0	8,50	0,01	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	2,0	33,3
Paternò	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 4 Enna	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Agira	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Enna	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Nicosia	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Piazza Armerina	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 5 Messina	3	0,0	8,92	0,01	0,01	0,01	0,02	0,0	7,7	2,0	3,7
Barcellona Pozzo di Gotto	0	0,0	7,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0
Lipari	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Messina metropolitana	2	0,0	6,67	0,01	0,02	0,01	0,03	0,0	6,7	0,0	0,0
Milazzo	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Mistretta	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Patti	0	0,0	4,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0
S. Agata Militello	1	0,0	14,75	0,03	0,04	0,02	0,08	0,0	12,5	2,0	11,1
Taormina	0	0,0	3,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 6 Palermo	1	0,0	14,17	0,00	0,00	0,00	0,00	66,7	33,3	11,0	14,3
Bagheria	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Carini	0	0,0	7,00	0,01	0,01	0,00	0,03	50,0	50,0	0,0	0,0
Cefalù	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Corleone	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	1	0,0	17,75	0,00	0,00	0,00	0,00	75,0	25,0	11,0	20,0
Partinico	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Petralia Sottana	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Termini Imerese	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Lampedusa e Linosa	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 7 Ragusa	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Modica	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Ragusa	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Vittoria	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 8 Siracusa	1	0,0	36,00	0,00	0,00	0,00	0,01	100,0	0,0	9,0	37,5
Augusta	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Lentini	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Noto	0	0,0	36,00	0,00	0,01	0,00	0,02	100,0	0,0	9,0	60,0
Siracusa	0	0,0	36,00	0,00	0,01	0,00	0,02	100,0	0,0	0,0	0,0
ASP 9 Trapani	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	4,0	100,0
Alcamo	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Castelvetrano	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Marsala	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Mazara del Vallo	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Pantelleria	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Trapani	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	4,0	100,0
REGIONE SICILIA	7	0,0	12,67	0,00	0,00	0,00	0,00	21,2	11,5	6,3	23,5

Anoressia nervosa, Uomini
 Distribuzione spaziale dei TSD per distretto di residenza
 (aa 2012-2019)



Tasso per età per 1.000 ab.
 (aa 2012-2019)



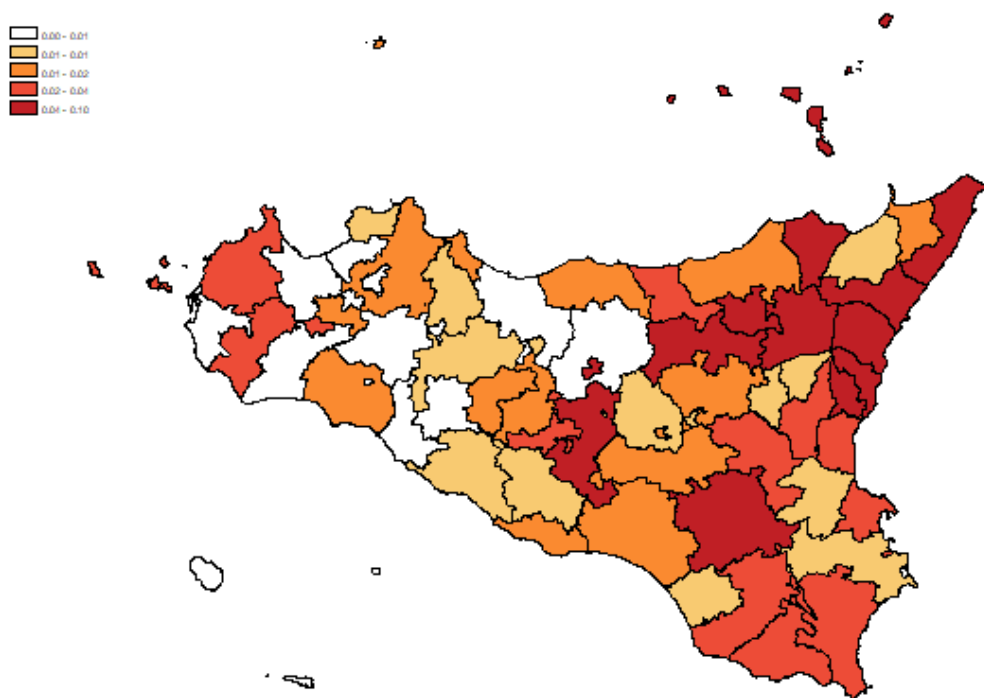
Anoressia nervosa, Donne

Tabella 6 Dimissioni e andamento temporale dei tassi standardizzati diretti nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (aa 2012-2019).

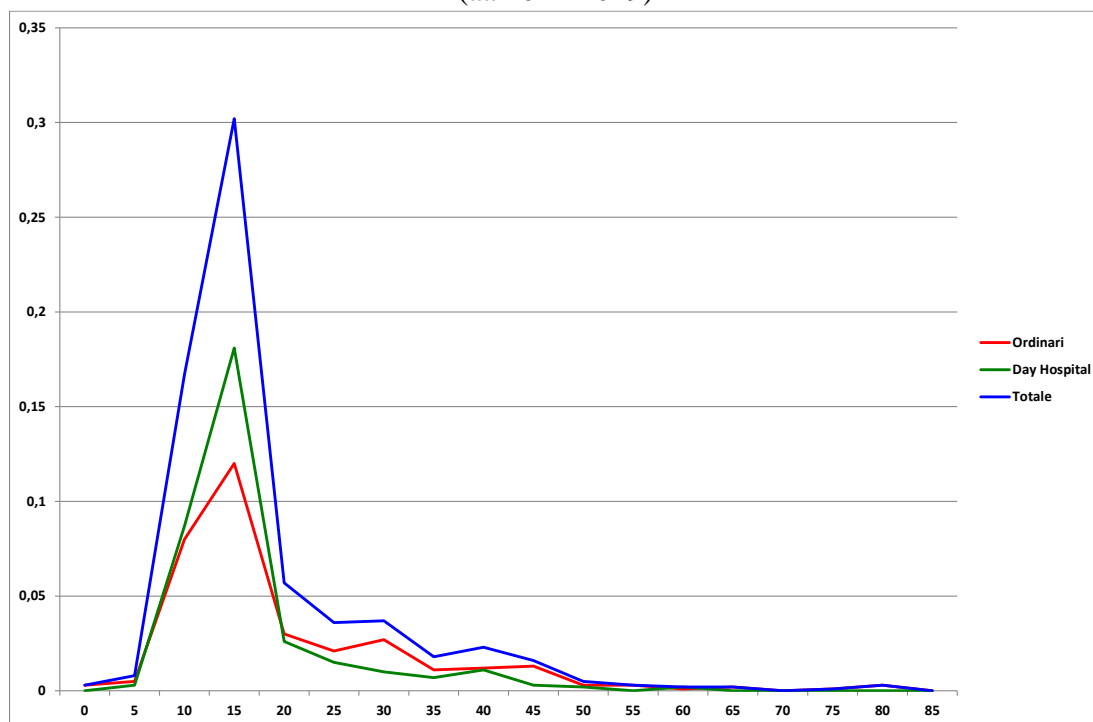
RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale di R.O.	Rapporto Proporzionale di Morbosità	Degenza media di R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		% R.O. fuori ASL	% R.O. fuori Regione	D.H. accessi per ricovero	% DH su ricoveri tot.
						Limite inferiore	Limite superiore				
ASP 1 Agrigento	2	0,01	12,06	0,01	0,01	0,01	0,02	52,9	35,3	7,5	46,9
Agrigento	1	0,01	2,75	0,01	0,01	0,00	0,02	75,0	25,0	5,5	60,0
Bivona	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Canicattì	0	0,01	17,67	0,01	0,01	0,00	0,04	66,7	33,3	4,5	40,0
Casteltermeni	0	0,01	26,00	0,01	0,01	0,00	0,10	0,0	100,0	41,0	50,0
Licata	1	0,01	10,50	0,02	0,02	0,01	0,05	100,0	0,0	6,5	33,3
Ribera	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	1,5	100,0
Sciacca	1	0,02	14,60	0,02	0,02	0,01	0,05	0,0	60,0	6,5	28,6
ASP 2 Caltanissetta	3	0,02	17,24	0,02	0,02	0,02	0,04	61,9	14,3	13,0	53,3
Caltanissetta	1	0,03	20,00	0,03	0,04	0,02	0,07	54,6	27,3	10,7	54,2
Gela	1	0,01	18,83	0,01	0,01	0,01	0,03	66,7	0,0	18,9	57,1
Mussomeli	0	0,01	8,00	0,01	0,02	0,00	0,12	100,0	0,0	8,0	66,7
San Cataldo	0	0,02	7,00	0,02	0,02	0,01	0,08	66,7	0,0	6,0	25,0
ASP 3 Catania	17	0,03	14,60	0,03	0,04	0,03	0,04	2,2	6,7	12,4	60,6
Acireale	3	0,04	17,00	0,04	0,05	0,03	0,07	0,0	21,7	13,5	67,6
Adrano	0	0,01	16,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,0	0,0	12,0	66,7
Bronte	1	0,04	21,71	0,04	0,06	0,03	0,13	0,0	14,3	10,3	36,4
Caltagirone	1	0,03	11,64	0,03	0,04	0,02	0,07	18,2	9,1	20,0	38,9
Catania metropolitana	5	0,02	13,59	0,03	0,03	0,02	0,05	0,0	4,9	10,2	61,7
Giarre	2	0,04	14,15	0,04	0,05	0,03	0,08	0,0	0,0	12,4	60,6
Gravina	3	0,04	12,44	0,03	0,04	0,03	0,06	4,0	0,0	13,6	65,8
Palagonia	1	0,02	12,00	0,02	0,02	0,01	0,06	0,0	0,0	9,8	50,0
Paternò	1	0,02	20,29	0,02	0,03	0,01	0,06	0,0	0,0	14,0	36,4
ASP 4 Enna	2	0,01	22,42	0,02	0,02	0,01	0,04	75,0	8,3	4,6	62,5
Agira	0	0,01	22,50	0,01	0,01	0,00	0,06	50,0	0,0	2,5	50,0
Enna	0	0,01	36,50	0,01	0,01	0,00	0,04	50,0	50,0	2,9	77,8
Nicosia	1	0,03	24,80	0,04	0,05	0,02	0,12	100,0	0,0	6,6	61,5
Piazza Armerina	0	0,01	9,00	0,02	0,02	0,01	0,05	66,7	0,0	4,7	50,0
ASP 5 Messina	10	0,03	17,56	0,03	0,04	0,03	0,05	36,4	22,1	13,2	35,3
Barcellona Pozzo di Gotto	0	0,01	21,00	0,01	0,01	0,00	0,04	100,0	0,0	0,0	0,0
Lipari	0	0,03	3,50	0,03	0,05	0,01	0,19	0,0	0,0	0,0	0,0
Messina metropolitana	6	0,03	16,57	0,04	0,05	0,04	0,07	34,1	9,1	10,3	29,0
Milazzo	0	0,01	27,67	0,01	0,02	0,00	0,05	0,0	33,3	8,0	50,0
Mistretta	0	0,01	21,00	0,01	0,02	0,00	0,15	100,0	0,0	7,7	75,0
Patti	2	0,06	26,38	0,06	0,10	0,06	0,17	15,4	69,2	6,5	13,3
S. Agata Militello	1	0,01	9,25	0,01	0,02	0,01	0,05	25,0	75,0	19,3	71,4
Taormina	1	0,03	11,25	0,03	0,05	0,03	0,11	87,5	0,0	19,2	42,9
ASP 6 Palermo	7	0,01	13,55	0,01	0,01	0,01	0,02	23,6	9,1	13,7	28,6
Bagheria	1	0,01	10,60	0,01	0,02	0,01	0,04	60,0	0,0	4,3	37,5
Carini	0	0,01	6,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0
Cefalù	0	0,01	16,00	0,01	0,02	0,00	0,07	100,0	0,0	0,0	0,0
Corleone	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	0,01	13,00	0,01	0,01	0,00	0,08	0,0	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	0,01	6,00	0,01	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	5	0,01	15,46	0,01	0,01	0,01	0,02	20,5	12,8	9,6	27,8
Partinico	0	0,01	4,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,0	0,0	2,0	33,3
Petralia Sottana	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Termini Imerese	0	0,00	6,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	1,0	50,0
Lampedusa e Linosa	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	71,0	100,0
ASP 7 Ragusa	3	0,02	16,52	0,02	0,02	0,01	0,03	52,2	13,0	19,4	42,5
Modica	1	0,02	16,27	0,02	0,03	0,02	0,05	72,7	9,1	8,7	45,0
Ragusa	1	0,02	22,29	0,02	0,02	0,01	0,05	42,9	14,3	4,7	30,0
Vittoria	1	0,01	9,00	0,01	0,01	0,01	0,03	20,0	20,0	47,4	50,0
ASP 8 Siracusa	3	0,01	18,91	0,01	0,02	0,01	0,03	78,3	17,4	16,8	56,6
Augusta	0	0,01	26,67	0,02	0,02	0,01	0,07	100,0	0,0	18,3	57,1
Lentini	0	0,01	13,50	0,01	0,01	0,00	0,05	100,0	0,0	2,5	50,0
Noto	2	0,03	18,15	0,03	0,04	0,02	0,07	61,5	30,8	21,6	53,6
Siracusa	1	0,01	18,40	0,01	0,01	0,00	0,02	100,0	0,0	11,4	64,3
ASP 9 Trapani	2	0,01	14,05	0,01	0,01	0,01	0,02	0,0	26,3	26,8	20,8
Alcamo	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Castelvetrano	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	26,8	100,0
Marsala	0	0,00	6,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0
Mazara del Vallo	1	0,03	5,00	0,03	0,03	0,01	0,06	0,0	12,5	0,0	0,0
Pantelleria	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Trapani	1	0,02	22,10	0,02	0,02	0,01	0,04	0,0	40,0	0,0	0,0
REGIONE SICILIA	48	0,02	15,67	0,02	0,02	0,02	0,03	27,6	13,9	12,9	50,0

Anoressia nervosa, Donne

Distribuzione spaziale dei TSD per distretto di residenza
(aa 2012-2019)



Tasso per età per 1.000 ab.
(aa 2012-2019)



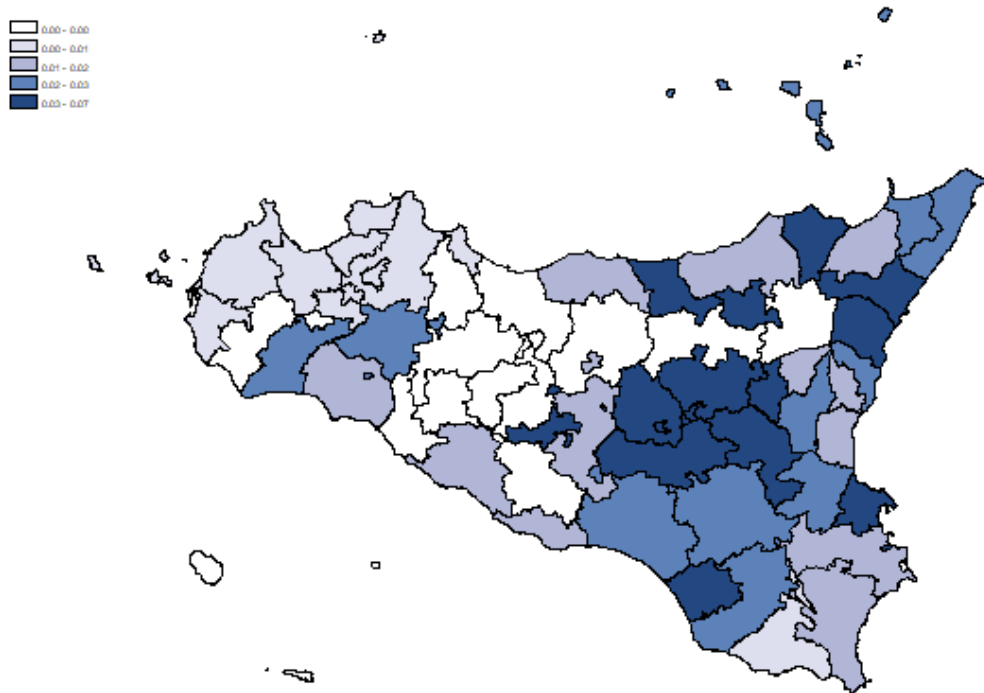
Disturbi alimentazione, Uomini

Tabella 7 Dimissioni e andamento temporale dei tassi standardizzati diretti nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (aa 2012-2019).

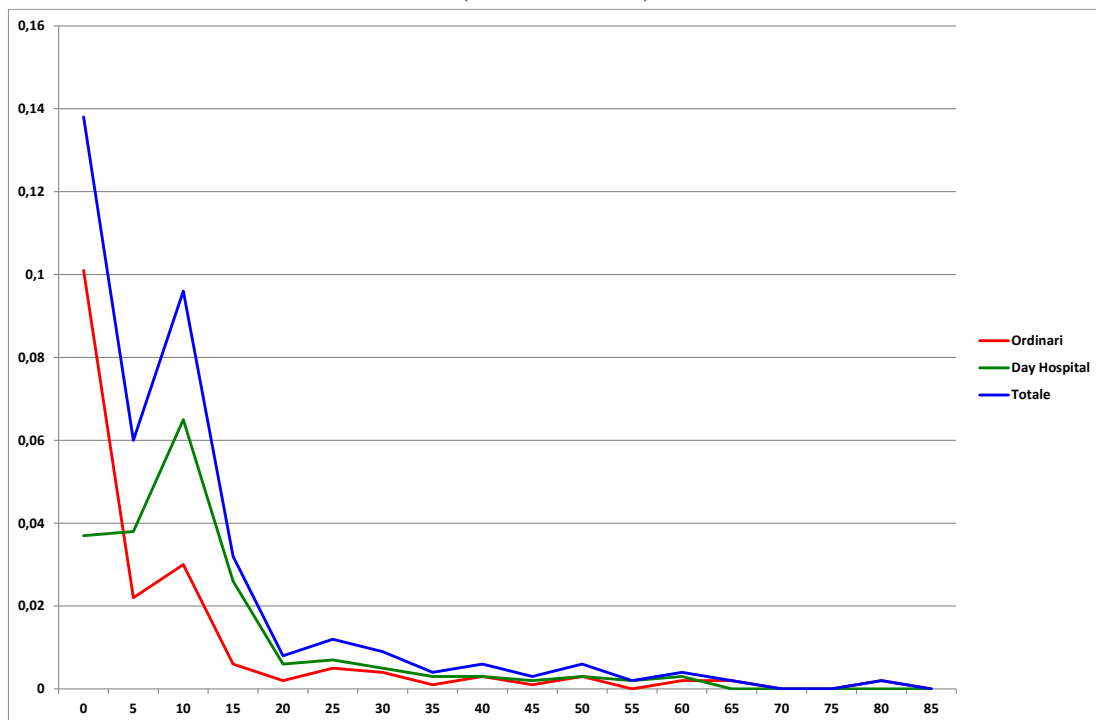
RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale di R.O.	Rapporto Proporzionale di Morbosità	Degenza media di R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		% R.O. fuori ASL	% R.O. fuori Regione	D.H. accessi per ricovero	% DH su ricoveri tot.
						Limite inferiore	Limite superiore				
ASP 1 Agrigento	1	0,0	4,25	0,00	0,01	0,00	0,02	50,0	0,0	1,5	20,0
Agrigento	1	0,0	6,00	0,01	0,01	0,00	0,03	50,0	0,0	2,0	20,0
Bivona	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Canicatti	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Casteltermini	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Licata	0	0,0	2,67	0,01	0,02	0,01	0,05	66,7	0,0	1,0	25,0
Ribera	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Sciacca	0	0,0	2,00	0,00	0,01	0,00	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 2 Caltanissetta	2	0,0	8,69	0,01	0,02	0,01	0,03	53,9	0,0	4,6	27,8
Caltanissetta	0	0,0	15,00	0,01	0,01	0,00	0,03	100,0	0,0	7,0	40,0
Gela	1	0,0	6,86	0,01	0,02	0,01	0,04	14,3	0,0	2,5	22,2
Mussomeli	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
San Cataldo	0	0,0	6,67	0,02	0,03	0,01	0,09	100,0	0,0	4,0	25,0
ASP 3 Catania	7	0,0	5,95	0,01	0,02	0,01	0,02	8,9	17,9	5,8	71,9
Acireale	1	0,0	5,67	0,02	0,02	0,01	0,04	0,0	0,0	5,5	81,3
Adrano	0	0,0	2,67	0,01	0,02	0,01	0,05	0,0	0,0	2,0	40,0
Bronte	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	5,5	100,0
Caltagirone	1	0,0	3,25	0,01	0,02	0,01	0,05	75,0	25,0	4,0	33,3
Catania metropolitana	2	0,0	5,13	0,01	0,01	0,01	0,02	0,0	13,3	5,5	76,2
Giarre	1	0,0	13,20	0,03	0,04	0,02	0,08	20,0	40,0	4,9	54,6
Gravina	1	0,0	4,25	0,01	0,01	0,00	0,02	0,0	0,0	7,9	88,6
Palagonia	1	0,0	4,33	0,03	0,04	0,02	0,08	0,0	50,0	3,0	50,0
Paternò	1	0,0	1,80	0,02	0,02	0,01	0,06	0,0	0,0	1,0	16,7
ASP 4 Enna	2	0,0	4,21	0,02	0,04	0,02	0,06	14,3	0,0	4,0	33,3
Agira	0	0,0	3,33	0,02	0,03	0,01	0,10	33,3	0,0	0,0	0,0
Enna	1	0,0	4,88	0,04	0,07	0,03	0,14	12,5	0,0	4,6	38,5
Nicosia	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Piazza Armerina	0	0,0	3,33	0,02	0,03	0,01	0,09	0,0	0,0	2,5	40,0
ASP 5 Messina	4	0,0	5,72	0,01	0,02	0,02	0,03	9,4	15,6	7,0	45,8
Barcellona Pozzo di Gotto	0	0,0	2,00	0,01	0,01	0,00	0,05	0,0	0,0	26,7	60,0
Lipari	0	0,0	4,00	0,02	0,02	0,00	0,15	0,0	100,0	0,0	0,0
Messina metropolitana	1	0,0	3,73	0,01	0,02	0,01	0,03	0,0	9,1	6,6	54,2
Milazzo	1	0,0	9,20	0,02	0,03	0,01	0,07	0,0	20,0	2,0	28,6
Mistretta	0	0,0	3,00	0,02	0,04	0,01	0,25	0,0	0,0	0,0	0,0
Patti	0	0,0	4,00	0,02	0,03	0,01	0,10	0,0	0,0	4,0	40,0
S. Agata Militello	0	0,0	16,50	0,01	0,01	0,00	0,03	50,0	50,0	2,0	71,4
Taormina	1	0,0	5,71	0,03	0,06	0,03	0,12	28,6	14,3	1,0	22,2
ASP 6 Palermo	2	0,0	11,71	0,00	0,00	0,00	0,01	23,5	35,3	2,6	29,2
Bagheria	0	0,0	3,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	0,0	4,5	66,7
Caini	0	0,0	2,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0
Cefalù	0	0,0	22,00	0,01	0,01	0,00	0,06	0,0	0,0	0,0	0,0
Corleone	0	0,0	2,00	0,01	0,02	0,00	0,13	0,0	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	2	0,0	13,75	0,00	0,00	0,00	0,01	33,3	41,7	1,8	29,4
Partinico	0	0,0	5,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	100,0	0,0	0,0
Petralia Sottana	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Termini Imerese	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Lampedusa e Linosa	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
ASP 7 Ragusa	2	0,0	5,82	0,01	0,02	0,01	0,03	17,7	17,7	4,6	22,7
Modica	0	0,0	10,50	0,00	0,01	0,00	0,03	0,0	50,0	5,0	60,0
Ragusa	1	0,0	3,67	0,02	0,03	0,01	0,06	16,7	16,7	7,0	14,3
Vittoria	1	0,0	6,22	0,02	0,03	0,02	0,06	22,2	11,1	1,0	10,0
ASP 8 Siracusa	3	0,0	12,20	0,01	0,02	0,01	0,03	35,0	55,0	3,7	46,0
Augusta	1	0,0	9,75	0,02	0,03	0,01	0,08	25,0	75,0	3,3	60,0
Lentini	0	0,0	2,33	0,01	0,03	0,01	0,08	66,7	0,0	13,0	25,0
Noto	0	0,0	8,67	0,01	0,01	0,00	0,04	66,7	33,3	3,0	40,0
Siracusa	1	0,0	17,20	0,01	0,01	0,01	0,03	20,0	70,0	3,0	44,4
ASP 9 Trapani	1	0,0	5,50	0,00	0,01	0,00	0,01	25,0	25,0	0,0	0,0
Alcamo	0	0,0	1,00	0,00	0,00	0,00	0,03	100,0	0,0	0,0	0,0
Castelvetrano	1	0,0	7,75	0,02	0,03	0,01	0,07	25,0	50,0	0,0	0,0
Marsala	0	0,0	5,00	0,01	0,01	0,00	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0
Mazara del Vallo	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Pantelleria	0	0,0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Trapani	0	0,0	2,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0
REGIONE SICILIA	23	0,0	7,07	0,01	0,01	0,01	0,02	20,0	20,0	5,5	53,5

Disturbi alimentazione, Uomini

Distribuzione spaziale dei TSD per distretto di residenza
(aa 2012-2019)



Tasso per età per 1.000 ab. (aa 2012-2019)

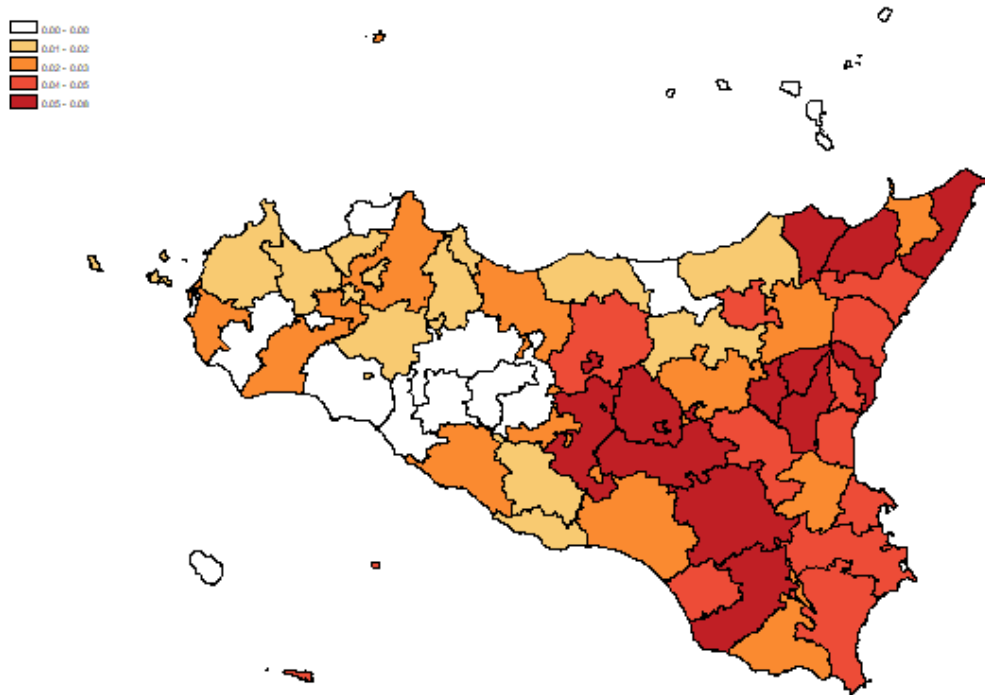


Disturbi alimentazione, Donne

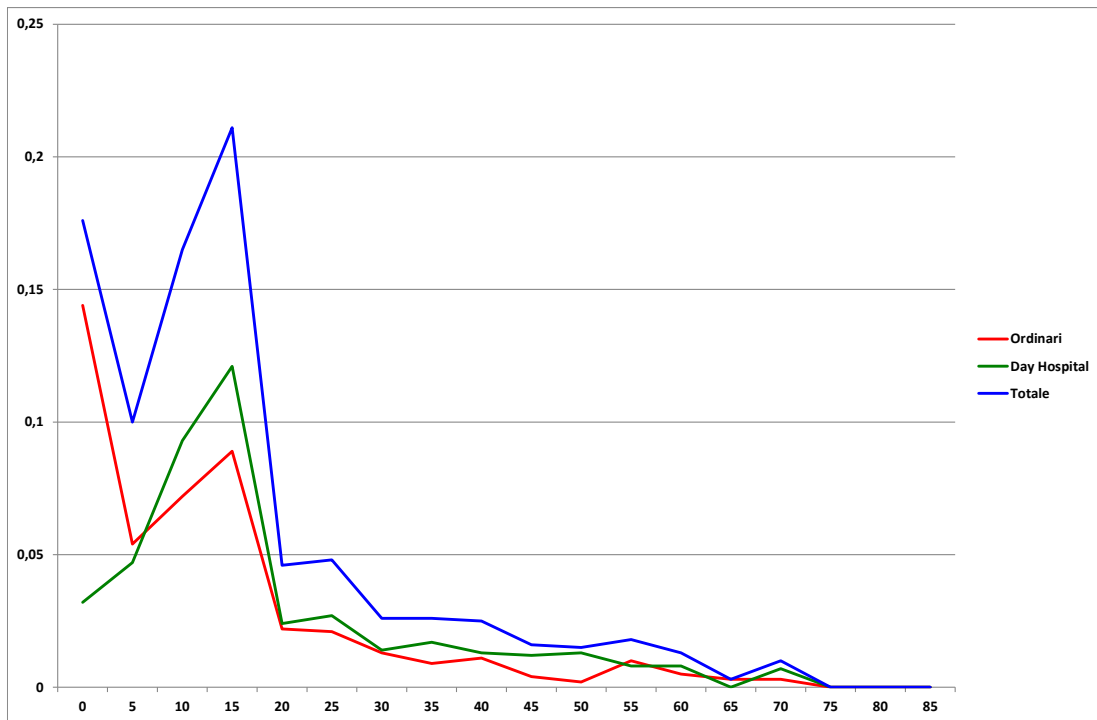
Tabella 8 Dimissioni e andamento temporale dei tassi standardizzati diretti nelle Aziende Sanitarie territoriali e nei distretti della Sicilia (aa 2012-2019).

RESIDENZA ASSISTITO	Numero medio annuale di R.O.	Rapporto Proporzionale di Morbosità	Degenza media di R.O.	Tasso grezzo R.O. x 1.000	Tasso std R.O. x 1.000	Intervalli di confidenza al 95%		% R.O. fuori ASL	% R.O. fuori Regione	D.H. accessi per ricovero	% DH su ricoveri tot.
						Limite inferiore	Limite superiore				
ASP 1 Agrigento	2	0,01	16,93	0,01	0,01	0,01	0,02	14,3	50,0	4,5	41,7
Agrigento	1	0,01	13,89	0,02	0,02	0,01	0,05	11,1	66,7	2,0	40,0
Bivona	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Canicattì	0	0,01	34,00	0,01	0,01	0,00	0,04	33,3	33,3	14,0	25,0
Casteltermeni	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Licata	0	0,00	6,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	8,5	66,7
Ribera	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Sciacca	0	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,0	0,0	2,0	50,0
ASP 2 Caltanissetta	3	0,02	8,42	0,02	0,03	0,02	0,05	62,5	8,3	11,6	25,0
Caltanissetta	2	0,03	7,17	0,03	0,05	0,03	0,08	58,3	8,3	11,0	14,3
Gela	1	0,02	10,60	0,02	0,03	0,01	0,05	60,0	10,0	17,0	28,6
Mussomeli	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
San Cataldo	0	0,01	5,00	0,01	0,02	0,01	0,10	100,0	0,0	1,5	50,0
ASP 3 Catania	19	0,03	10,72	0,03	0,05	0,04	0,06	4,0	4,7	8,4	70,8
Acireale	3	0,04	15,09	0,04	0,06	0,04	0,08	4,6	9,1	8,3	76,8
Adrano	1	0,04	4,91	0,04	0,05	0,03	0,10	9,1	9,1	4,0	35,3
Bronte	1	0,02	9,50	0,03	0,03	0,01	0,09	0,0	0,0	4,0	60,0
Caltagirone	1	0,03	21,73	0,03	0,05	0,03	0,09	18,2	9,1	10,0	50,0
Catania metropolitana	5	0,02	9,26	0,03	0,04	0,03	0,06	0,0	0,0	8,4	77,5
Giarre	1	0,03	6,44	0,03	0,04	0,02	0,08	0,0	0,0	4,9	60,9
Gravina	3	0,03	13,43	0,03	0,04	0,03	0,06	0,0	13,0	10,6	77,7
Palagonia	1	0,03	8,38	0,03	0,05	0,02	0,09	12,5	0,0	2,7	46,7
Paternò	2	0,06	5,67	0,06	0,08	0,05	0,12	5,6	0,0	6,1	47,1
ASP 4 Enna	2	0,02	4,88	0,02	0,05	0,03	0,08	18,8	0,0	3,2	44,8
Agira	0	0,01	4,50	0,01	0,03	0,01	0,10	0,0	0,0	11,0	50,0
Enna	1	0,03	4,71	0,03	0,06	0,03	0,13	28,6	0,0	1,5	46,2
Nicosia	0	0,01	13,00	0,01	0,02	0,00	0,12	0,0	0,0	2,3	80,0
Piazza Armerina	1	0,03	3,83	0,03	0,06	0,03	0,14	16,7	0,0	1,0	14,3
ASP 5 Messina	9	0,02	14,00	0,03	0,05	0,04	0,06	12,3	19,2	5,6	30,5
Barcellona Pozzo di Gotto	1	0,03	5,44	0,03	0,05	0,03	0,10	22,2	0,0	2,0	10,0
Lipari	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Messina metropolitana	6	0,03	16,96	0,04	0,06	0,05	0,09	2,2	26,7	6,1	26,2
Milazzo	1	0,02	10,50	0,02	0,03	0,01	0,08	50,0	0,0	5,6	45,5
Mistretta	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	4,0	100,0
Patti	1	0,03	16,57	0,03	0,05	0,02	0,12	14,3	14,3	7,8	36,4
S. Agata Militello	0	0,00	4,00	0,00	0,01	0,00	0,06	0,0	0,0	0,0	0,0
Taormina	1	0,02	5,40	0,02	0,04	0,01	0,09	40,0	20,0	3,6	50,0
ASP 6 Palermo	12	0,02	16,87	0,02	0,02	0,02	0,03	16,0	29,8	4,9	16,8
Bagheria	1	0,01	4,25	0,01	0,01	0,00	0,03	25,0	0,0	1,3	42,9
Carini	0	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0
Cefalù	0	0,01	18,00	0,01	0,01	0,00	0,06	0,0	0,0	0,0	0,0
Corleone	0	0,01	6,00	0,01	0,01	0,00	0,08	0,0	0,0	0,0	0,0
Lercara Friddi	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Misilmeri	0	0,00	4,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0
Palermo metropolitana	9	0,02	18,79	0,02	0,03	0,02	0,04	16,4	35,6	5,7	15,1
Partinico	0	0,01	11,00	0,01	0,01	0,00	0,04	33,3	0,0	10,0	25,0
Petralia Sottana	0	0,03	11,00	0,03	0,04	0,01	0,12	0,0	0,0	3,0	25,0
Termini Imerese	1	0,02	14,60	0,02	0,03	0,01	0,07	20,0	20,0	2,0	16,7
Lampedusa e Linosa	0	0,04	7,00	0,04	0,04	0,01	0,31	0,0	100,0	0,0	0,0
ASP 7 Ragusa	5	0,03	14,39	0,03	0,04	0,03	0,06	48,8	14,6	4,5	29,3
Modica	1	0,02	12,36	0,02	0,03	0,02	0,06	72,7	0,0	4,6	45,0
Ragusa	2	0,05	15,58	0,05	0,07	0,04	0,11	26,3	21,1	4,3	24,0
Vittoria	1	0,02	14,36	0,03	0,04	0,02	0,06	63,6	18,2	4,5	15,4
ASP 8 Siracusa	6	0,03	12,04	0,03	0,04	0,03	0,06	39,1	30,4	10,5	30,3
Augusta	1	0,03	7,50	0,03	0,05	0,02	0,11	16,7	33,3	20,5	57,1
Lentini	0	0,01	6,00	0,01	0,02	0,01	0,08	100,0	0,0	3,0	50,0
Noto	2	0,03	5,75	0,03	0,04	0,03	0,08	66,7	8,3	2,8	25,0
Siracusa	3	0,03	16,88	0,03	0,04	0,03	0,07	24,0	44,0	5,2	16,7
ASP 9 Trapani	2	0,01	15,11	0,01	0,02	0,01	0,02	36,8	42,1	1,0	17,4
Alcamo	0	0,00	7,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,0	100,0	1,0	50,0
Castelvetrano	0	0,01	5,00	0,01	0,02	0,01	0,07	33,3	33,3	0,0	0,0
Marsala	1	0,02	12,29	0,02	0,03	0,01	0,05	42,9	28,6	1,0	30,0
Mazara del Vallo	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Pantelleria	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Trapani	1	0,01	22,38	0,01	0,02	0,01	0,04	37,5	50,0	0,0	0,0
REGIONE SICILIA	60	0,02	12,93	0,02	0,03	0,03	0,04	20,0	18,1	7,8	50,4

Disturbi alimentazione, Donne
 Distribuzione spaziale dei TSD per distretto di residenza
 (aa 2012-2019)



Tasso per età per 1.000 ab.
 (aa 2012-2019)



4 MAPPATURA TERRITORIALE DEI CENTRI DEDICATI ALLA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE NELLA REGIONE SICILIANA.

La Guida ai servizi territoriali per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione pubblicata dall' Istituto Superiore di Sanità (Strumenti di riferimento 22/S1) riporta il censimento realizzato nell'ambito del progetto "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: la mappatura territoriale dei centri dedicati alla cura - MA.NU.AL.", le strutture del Sistema Sanitario Nazionale dedicate alla cura dei disturbi della Nutrizione e Alimentazione.

Al 31 dicembre 2021 la mappatura conta 91 strutture su tutto il territorio nazionale, così distribuite per aree geografiche: 48 centri al Nord, 14 al Centro Italia e 29 tra Sud e Isole (Figura 1).

Figura 1. Distribuzione regionale dei centri DNA 1

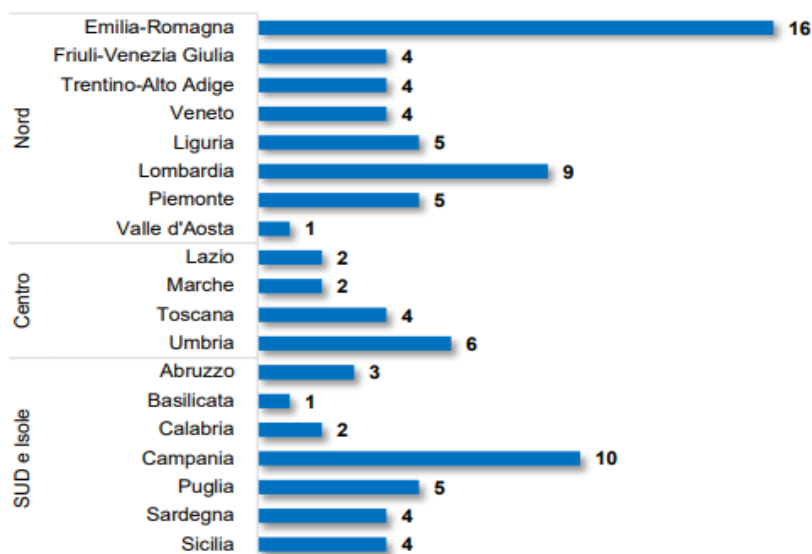


Figura 1. Distribuzione regionale dei centri DNA

Tutti i servizi si caratterizzano per offrire percorsi di valutazione e presa in carico medica, psicologica e nutrizionale.

Prima dell'attuale ricognizione, il rapporto MA.NU.AL. curato dall'Istituto Superiore di Sanità censiva presso la Regione Siciliana le sole strutture operanti nelle provincie di Agrigento, Catania, Enna, Messina e Palermo.

A seguito del recente aggiornamento della rete regionale delle strutture ambulatoriali -operato dal Gruppo di lavoro regionale nel marzo 2023- in atto attivi dotati (o in imminente dotazione) del TEAM interprofessionale, risultano essere i seguenti:

AGRIGENTO

Denominazione		Centro Metabole'	
Indirizzo		Ospedale Sa. Giovanni di Dio -C.da Consolida-	
Responsabile/Referente		Dr.ssa Angela Bruno Psicologo/Psicoterapeuta	
Comune e Provincia		Agrigento	
Recapiti telefonici		0922/442261	
Indirizzo Mail		matabole@aspag.it	
Giorni e orari di apertura		LU-VE 08.30-14 -- MA-GIO 15-17.30	
Tipo struttura		Ambulatoriale, Centro semiresidenziale	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

CATANIA

Denominazione		U.O.S. SERT Catania	
Responsabile/Referente		Dr. Fabio Brogna	Psichiatra
Indirizzo		Via Pasubio, 19	
Comune e Provincia		Catania	
Recapiti telefonici		095/2540626 – 600 - 165	
Indirizzo Mail		dca.ludopatie@aspct.it	
Data apertura		LU-VE 08-14	
Tipo struttura		Ambulatoriale	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		

CALTANISSETTA

Denominazione		Ambulatorio DNA Caltanissetta	
Responsabile/Referente		Dr.ssa Maria Gattuso	Psicologo/Psicoterapeuta
Indirizzo		Via Chiarandà, 11	
Comune e Provincia		Caltanissetta	
Recapiti telefonici		Adulti 0934/506788- Minori 0934/506780	
Indirizzo Mail		sertcl@asp.cl.it	
Giorni e orari di apertura		LU-VE 08.30-12.30	
Tipo struttura		(ambulatoriale)	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

ENNA

Denominazione		UOS Gestione integrata dei Disturbi Alimentari	
Responsabile/Referente		Dr.ssa A.Maria Russo	Neuropsichiatra infantile
Indirizzo		Via Messina -Enna Alta -	
Comune e Provincia		Enna	
Recapiti telefonici		0935/520221-3 -- 331/4036850	
Indirizzo Mail		annamaria.russo@asp.enna.it	
Giorni e orari di apertura		LU-VE 8-14 -- LU-GIO 14.30-18.30	
Tipo struttura		ambulatoriale	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

MESSINA

Denominazione		II CERCHIO D'ORO	
Responsabile/Referente		Dr.ssa R. Mangiapane	Psichiatra
Indirizzo		Via S. Elia snc (ex Osp. S. Angelo dei Rossi)	
Comune e Provincia		Messina	
Recapiti telefonici		090/3653274	
Indirizzo Mail		dsm.disturbi.alimentari@asp.messina.it	
Giorni e orari di apertura		dal Lunedì al Venerdì dalle 08.00 alle 19,30	
Tipo struttura		ambulatoriale	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

PALERMO

Denominazione		UOC Ce.Di.Al. Modulo evolutivo/Modulo adulti	
Responsabile/Referente		Dr. Massimo Alagna	Psichiatra - NPI
Indirizzo		Via Lancia di Brolo, 10/b	
Comune e Provincia		Palermo	
Recapiti telefonici		091/7036685	
Indirizzo Mail		cedial@aspapalermo.org	
Giorni e orari di apertura		LU-VE 8.30-13.30 -- MA-GIO 14.30-17.30	
Tipo struttura		(ambulatoriale)	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

RAGUSA

Denominazione		Ambulatorio DNA Minori/Adulti	
Responsabile/Referente		DR. Purromuto/Dr.SSA Bramante	Psichiatra
Indirizzo		Minori : Osp. R. Margherita,Comiso, via Livatino R. Adulti : SERT Modica, via B. Pace n. 6-8	
Comune e Provincia		Modica (RG)	
Recapiti telefonici		Minori 0932/740209 - Adulti 0932/448906	
Indirizzo Mail		Minori : mariannunziata.romano@asp.rg.it Adulti: annamaria.bramante@asp.rg.it	
Giorni e orari di apertura		Minori MA-GIO 12-13 ; MA-GIO 15-16- Adulti ME 09-13	
Tipo struttura		(ambulatoriale)	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

SIRACUSA

Denominazione		Ambulatorio per il trattamento dei DNA	
Responsabile/Referente		Dr.ssa Oriana Riso	Psicologo/Psicoterapeuta
Indirizzo		Via Epipoli,72 - Area Ospedale Rizza -	
Comune e Provincia		Siracusa	
Recapiti telefonici		0931/484548 / 24 -- 334/6768666	
Indirizzo Mail		dna@asp.sr.it	
Giorni e orari di apertura		LU-VE 08.30-13.30 - MA-GIO 15-18	
Tipo struttura		ambulatoriale	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

TRAPANI

Denominazione			
Responsabile/Referente		Dr.ssa Teresa Ferrante	Psicologo/Psicoterapeuta
Indirizzo		Cittadella della Salute, viale delle Province, 1	
Comune e Provincia		C.S. Erice (TP)	
Recapiti telefonici		0923/472320	
Indirizzo Mail		dca.ambulatorio@asptrapani.it	
Giorni e Orari di apertura		LU-VE 8-14 -- MA-GIO 14,30-18,30	
Tipo struttura		(ambulatoriale)	
DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale		

5 LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Piano Regionale della Prevenzione 2020 2025.

Introduzione

Il Piano Regionale della Prevenzione 2020 2025, principale strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, attua la vision, i principi e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione sancito dall'intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 06 Agosto 2020. Sulla scorta del Profilo di Salute della popolazione siciliana, definisce la programmazione regionale ponendo il cittadino al centro degli interventi, accompagnandolo in tutte le fasi della vita e in setting appropriati, con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute. Il Piano regionale della Prevenzione si articola in 10 Programmi Predefiniti e 4 Programmi Liberi. Il Programma Predefinito 4 Dipendenze è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per la salute della popolazione generale connessi all'impatto di nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d'abuso legali e illegali (con particolare riferimento all'eroina e all'alcol), delle nuove tecnologie e dei device, dell'offerta di gioco d'azzardo lecito, anche online. L'azione 5 del PP4 è orientata ad azioni di prevenzione sui DNA.

Programma Predefinito 4 - Azione 5

Programma di prevenzione per l'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, nel setting scolastico.

Premessa

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) o disturbi dell'alimentazione sono patologie caratterizzate da una alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile. Soffrire di un disturbo dell'alimentazione sconvolge la vita di una persona e ne limita le sue capacità relazionali, lavorative e sociali. Per la persona che soffre di un disturbo dell'alimentazione tutto ruota attorno al cibo e alla paura di ingrassare. Cose che prima sembravano banali ora diventano difficili e motivo di ansia, come andare in pizzeria o al ristorante con gli amici, partecipare ad un compleanno o ad un matrimonio. Una caratteristica quasi sempre presente in chi soffre di un disturbo alimentare è l'alterazione dell'immagine corporea che può arrivare ad essere un vero e proprio disturbo. I disturbi del comportamento alimentare possono essere individuati ed approcciati precocemente. I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione hanno avuto ampio sviluppo e sono stati oggetto di studi controllati in numerosi Paesi occidentali, anche in Italia. Si basano su un approccio educativo interattivo ed esperienziale e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari, tramite l'utilizzo di tecniche di ristrutturazione cognitiva per modificare gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso e della forma del corpo, i messaggi video per dissuadere i partecipanti dal praticare una dieta, le tecniche attive (es. automonitoraggio) per incoraggiare una modificazione delle abitudini alimentari, i videotape sulle diete e sull'immagine corporea e i programmi multimediali su internet con materiale di auto-aiuto. Questi programmi hanno ridotto alcuni fattori di rischio e alcuni sintomi dei disturbi dell'alimentazione. Negli ultimi 15 anni, numerosi programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione sono stati valutati da studi controllati e randomizzati e l'efficacia di questi studi è stata analizzata da revisioni sistematiche.

Gli effetti più significativi sono emersi nei programmi offerti esclusivamente alle ragazze di età maggiore di 15 anni e in quelli che hanno utilizzato incontri multipli, in piccoli gruppi (6-8 persone), condotti da professionisti, focalizzati sull'accettazione del corpo. Quaderni del Ministero della Salute N° 17. I risultati ottenuti dai programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione sono da supporto alle strategie che si intendono portare avanti con l'azione dedicata all'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, nel setting scolastico.

Programma di prevenzione per l'individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti, nel setting scolastico.

- Somministrazione questionario EAT-26 agli adolescenti di età compresa tra i 13 e i 18 anni, con particolare riguardo alle adolescenti di età maggiore o uguale a 15 anni.
- Offerta consiglio breve agli adolescenti a basso rischio;

- Attivazione approccio educativo interattivo esperienziale per gli adolescenti a rischio di DCA;
- Coinvolgimento degli adolescenti in attività di progettazione di materiale divulgativo da utilizzare per il piano della comunicazione;
- Integrazione con il secondo livello assistenziale per la presa in cura dei soggetti ad alto rischio e/o affetti da DCA;
- Implementazione del piano della comunicazione

Attività collaterali

- Predisposizione ed attuazione del programma formativo accreditato per PLS, MMG, Medici ed Infermieri operanti al P.S. volto a favorire conoscenze per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio di DCA;
- Mappatura Regionale dei Pronto Soccorsi in cui è attivo il "Percorso Lilla", interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e divulgazione attraverso media e presso gli studi dei PLS, dei MMG, delle Farmacie, nelle Scuole;
- Implementazione della dimissione facilitata dal "Percorso Lilla" con invio del soggetto con disturbi del comportamento alimentare alla rete di assistenza territoriale;
- Inserimento del programma nel curriculum delle Scuole che Promuovono Salute;
- Possibilità di estendere il programma presso scuole di danza e società sportive.

Programmi di prevenzione selettiva (cioè diretti a una sottopopolazione specifica)

In un'ottica di "efficacia" sembra più utile e opportuno concentrare le risorse su interventi mirati agli individui con prodromi dei disturbi dell'alimentazione, attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la creazione di sportelli di consulenza, la sensibilizzazione di pazienti, famiglie e insegnanti al fine di favorire il ricorso precoce alle cure o agli interventi di prevenzione selettiva. Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi in aree che sono oggi riconosciute a tasso di rischio più alto della media, come i settori dello sport, della moda, e della danza, utilizzando approcci e strumenti basati su evidenze scientifiche maturate in ambiti contigui (Quaderni del Ministero della Salute N. 17).".

Interventi mirati a soggetti con prodromi dei disturbi dell'alimentazione. Secondo i risultati promettenti osservati con i programmi di prevenzione selettiva dovrebbero incoraggiare l'investimento di risorse economiche in questi interventi per le ragazze, in particolare quelle con più di 15 anni, a rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione. I programmi, preferibilmente somministrati da professionisti del settore, dovrebbero affrontare i fattori di rischio identificati dalla ricerca e promuovere un salutare controllo del peso. Promuovere lo sviluppo di "fattori protettivi" quali: l'autostima, l'autonomia personale, il senso di autoefficacia, capacità di individuare strategie personali per affrontare le avversità quotidiane.

Attività

- Coinvolgimento attivo dei MMG e PLS;

- Creazione sportelli di consulenza;
- Sensibilizzazione ad interventi di prevenzione selettiva.

Piano di formazione a supporto delle attività di prevenzione primaria

- Formazione accreditata dei MMG, PLS, infermieri operanti presso i Pronto soccorso, Insegnanti

Piano della comunicazione a supporto delle attività di prevenzione primaria

- Attivazione di campagne informative e di sensibilizzazione rivolte a insegnanti e genitori, centrate sulla descrizione dei fattori di rischio e sui segni prodromici dei disturbi, con la possibilità di verifica interattiva, anche in piccoli gruppi, delle informazioni fornite.
- Attività di comunicazione centrate sulla diffusione di una aggiornata cultura sanitaria e psicosociale su nuovi valori da attribuire all'immagine di sé, in contrasto con i messaggi patogeni valorizzanti l'ideale di magrezza, e in genere per favorire la capacità di autodeterminazione.

6 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE ADOTTATO DALLA RETE DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI INTERDISCIPLINARI DELLA REGIONE SICILIANA.

Nella letteratura internazionale, Linee Guida NICE 2004 LG APA 2006, si evidenzia che l'attività clinica di intervento specialistico per i DNA si colloca all'interno degli Ambulatori Territoriali, dislocati all'interno delle aziende sanitarie con modello operativo interdisciplinare. Il Percorso di Prevenzione Diagnostico Terapeutico Assistenziale Integrato definito nel presente documento redatto dal Gruppo Tecnico di Lavoro Regionale, istituito con D.A.758 del 2022 per la definizione, il coordinamento ed il monitoraggio degli interventi previsti nell'intesa sull'art. 1, commi 688 e 689 della Legge 30 Dicembre 2021, N 234, recante l'istituzione di un Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione per pazienti nella fascia di età 10-45 anni definisce l'appropriatezza strutturale ed operativa della gestione dei soggetti a rischio e dei soggetti con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel contesto assistenziale della rete Regionale degli Ambulatori Interprofessionali Integrati della Regione Siciliana. L'Ambito territoriale è infatti il luogo di riferimento per le attività di prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi e terapia dei soggetti a rischio e con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione, svolge inoltre funzione di filtro per l'accesso ai successivi livelli terapeutici. In ciascuna AA.SS.PP. pertanto, al fine di stabilire e garantire livelli minimi di cura di base omogenei in ambito regionale, è previsto almeno un ambulatorio dedicato a minori ed adulti all'interno del Dipartimento Salute Mentale.

Il PDTA, di seguito definito, redatto e strutturato secondo i riferimenti delle Linee Guida Internazionali, Nazionali e Regionali, identifica le procedure tecnico-organizzative e il protocollo clinico, relativo all'assistenza dei soggetti a rischio e con Disturbi della Nutrizione

e Alimentazione, definisce la composizione del TEAM Interprofessionale integrato per l'assistenza ai minori e agli adulti, con relativi ruoli e responsabilità: pianifica le azioni per l'intercettazione precoce dei soggetti a rischio di DNA e degli esordi in modo da ridurre il ricorso ad interventi più intensivi, descrive il processo relativo all'accoglienza, diagnosi, presa in carico e cura, prevede l'integrazione con i setting di cura più intensivi e la presa in carico dei soggetti inviati dai Pronto Soccorso con le dimissioni facilitate.

Le attività relative all'attivazione e declinazione territoriale del PDTA-DNA sono sottoposte a monitoraggio programmato, con indicatori di processo e indicatori di esito, con obbligo di rendicontazione.

Il PDTA dei DNA ha i seguenti obiettivi:

Promuovere buone pratiche clinico organizzative omogenee in ambito regionale

Definire la governance del percorso identificando i risultati secondo standard di qualità

Riconoscere e diagnosticare correttamente i soggetti con DNA;

Definire il Progetto Terapeutico;

Prendere in carico i soggetti con DNA;

Fornire trattamenti ambulatoriali integrati finalizzati alla gestione delle aree: medica, psichiatrica e sociale del DNA;

Fornire attività di counseling;

Attivare, laddove fosse necessario, gli altri livelli assistenziali.

Prevede i seguenti step (vedi flow chart - allegato):

Primo Contatto telefonico o in presenza con operatore del TEAM;

Primo accesso all'ambulatorio territoriale e valutazione del rischio;

Valutazione Interdisciplinare e inquadramento clinico;

Programma Diagnostico Terapeutico;

Presa in carico del paziente.

PRIMO CONTATTO TELEFONICO O IN PRESENZA

Una delle problematiche più rilevanti nell'assistenza ai soggetti con Disturbi dell'Alimentazione è individuare precocemente il luogo di cura adeguato, risulta necessario pertanto una strettissima collaborazione con i potenziali agenti di "avvistamento": MMG, PLS, Operatori della prevenzione, Associazioni di volontariato, Operatori dei PS ospedalieri, verso i quali sono previsti eventi di sensibilizzazione e formazione. L'accesso all'ambulatorio territoriale interdisciplinare inoltre, deve essere supportato da una pianificazione di attività di comunicazione che divulghi le informazioni necessarie alla identificazione della sede fisica dell'ambulatorio, degli orari di apertura e delle modalità di accesso. A tal fine è stata effettuata una ricognizione degli ambulatori territoriali con relativi indirizzi e recapiti telefonici e mail, allegata in appendice.

Le procedure individuate per avviare il primo contatto telefonico o in presenza con un operatore del TEAM dell'ambulatorio territoriale per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono avvenire:

- Su richiesta da parte del Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta (in atto l'accesso è diretto, non occorre pertanto la ricetta medica);
- Su richiesta di un operatore del TEAM della prevenzione, a seguito dell'individuazione precoce del soggetto a rischio;
- Direttamente dall'utente, se adulto, o di un familiare se trattasi di minore;

- Da parte un operatore dell'Associazione di Volontariato, previa acquisizione del consenso informato e di alcuni dati da fornire all'operatore dell'ambulatorio, necessari per la formulazione dei criteri di priorità della prenotazione (Allegato 1).

Criteri di priorità di prenotazione

Il primo contatto telefonico o in presenza con un operatore formato del TEAM, prevede una breve intervista finalizzata a valutare alcuni indicatori clinici (check-list Allegato) che permettano di caratterizzare le condizioni cliniche dell'utente e quindi valutare l'indice di priorità della prenotazione e procedere a fissare l'appuntamento su apposite agende delle prenotazioni. In relazione agli indicatori clinici desunti dall'intervista è necessario prevedere tempi di prenotazione differenziati, garantendo ai casi urgenti la priorità al fine di essere prenotati entro 4/5 giorni (Allegato 1).

Primo accesso all'ambulatorio territoriale. Valutazione del rischio

Il primo accesso all'ambulatorio territoriale deve essere gestito da una figura professionale specializzata in DNA di area Medico-Nutrizionale e di area Psicologica-Psichiatrica. A tal fine nel percorso minori la figura di riferimento è rappresentata dal Neuropsichiatra Infantile e dallo Psicologo, nel percorso adulti dal Medico Internista, dallo Psicologo e dallo Psichiatra (Linee Guida Regionali).

Gli obiettivi di assessment da parte del professionista in questa fase, sono rivolti alla Valutazione del Rischio. Tale valutazione è supportata dalle Linee Guida APA, specifiche in funzione del target (minori-adulti) e viene registrata sulla cartella clinica. Essa consiste nel:

- definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica;
 - definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute mentale;
- Quando l'utente è un minore, il primo colloquio viene effettuato con i genitori e/o il caregiver che ne fa richiesta.

Valutazione del rischio nei minori

La valutazione del livello di rischio alla prima presentazione in ambulatorio deve orientarsi inizialmente su due aree:

- 1) quella fisica, con le dovute modifiche di rilevazione rapportate all'età e al sesso, con particolare attenzione alla valutazione delle curve di crescita, considerando che "un esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale" (Quaderni Ministero della Salute, 2017). Al fine di individuare sin dalla prima valutazione gli indici di gravità dello stato del paziente sarà appropriato definire:
 - Il peso corporeo con valutazione del BMI rapportato alle curve dei centili per età e sesso.
 - La modalità della perdita di peso.
 - La presenza di condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici etc.).
 - La valutazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e dello stato di idratazione.

Richiedere di routine ECG con valutazione del QTc, eventuale Eco-cuore, esami ematochimici.

- 2) quella psicopatologica, nella prima valutazione del minore deve essere previsto l'acquisizione del consenso di entrambi i genitori e la costituzione di un setting che permetta una raccolta anamnestica essenziale centrata sulla valutazione delle tappe di sviluppo fisiologiche e sulle manifestazioni sintomatiche con una valutazione diretta del minore.

Particolare attenzione andrà posta:

- alla valutazione dell'ambiente familiare.
- alla valutazione clinica delle comorbidità
- alla valutazione dell'autolesionismo e del rischio suicidario

Valutazione somatica

Valutazione del peso: andrà valutato il BMI rapportato alle curve dei centili per età e sesso (per una pronta visualizzazione delle curve si veda per es. il valore del percentile del BMI utilizzando l'app GrowthCharts UK-WHO). Per pazienti in età evolutiva, nei disturbi alimentari di tipo restrittivo, viene considerato secondo il "percorso Lilla":

- rischio moderato per BMI < 3° percentile -> 1° percentile di crescita per età e sesso,
- rischio alto per BMI < 1° percentile;

Modalità di perdita di peso: importante la valutazione sia in termini di velocità della perdita di peso complessiva, sia nelle due ultime settimane. Secondo le linee guida più recenti rientra in un parametro di elevato rischio **una perdita di peso ≥ 1 Kg alla settimana per due settimane consecutive in un paziente in stato di malnutrizione (RC 2022).**

Si considerano condizioni di rischio anche le veloci perdite di peso in soggetti obesi o normopeso con particolare attenzione alle restrizioni acute e al digiuno: "da considerare critico un rapido calo ponderale (ad es. 1 kg per settimana per almeno 6 settimane o perdita >10% del peso abituale in 2-3 mesi) o costante calo ponderale negli ultimi 3 mesi. Dovrebbero inoltre essere presi in considerazione per la loro gravità rapidi cali ponderali come aggravamento di un quadro già persistente, quindi in soggetti con uno stato di salute già molto compromesso, ma anche rapida e intensa perdita di peso in soggetti precedentemente in sovrappeso o obesi. La malnutrizione acuta è comunque un'emergenza medica.

È associata a rischio altissimo una condizione di digiuno per 5 o più giorni consecutivi in un soggetto adulto, oppure un apporto nutrizionale estremamente ridotto per 2 giorni consecutivi in un soggetto di età inferiore a 18 anni" (Percorso Lilla, 2020).

Per quanto attiene agli indici di gravità del paziente anche in rapporto alla minore età, si rimanda al documento "Percorso Lilla, 2020".

Condotte di eliminazione: particolare attenzione andrà posta ai mezzi utilizzati per la perdita di peso, considerando che le condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici) possono comportare gravi alterazioni elettrolitiche che vanno valutate tempestivamente anche attraverso contatto preliminare con i pediatri di libera scelta o con il medico di base.

Valutazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa in ortostatismo, incluse le modificazioni delle stesse nel passaggio da clinostatismo a ortostatismo: da considerare pratica valutativa appropriata nella definizione dei livelli di rischio. Ad esempio rischio altissimo per valori di frequenza cardiaca < 40 b/m in veglia. Ma anche presenza di tachicardia: "Frequenza

cardiaca: rischio alto se frequenza >110 bpm; rischio altissimo se frequenza < 40 bpm oppure se frequenza > 120 bpm; da valutare la presenza di tachicardia posturale (rischio alto per aumento di 10 battiti in ortostatismo, altissimo per aumento di 20 battiti o più” (Percorso Lilla, revisione 2020).

Per i criteri di rischio relativi ai valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica in clinostatismo e dopo tre minuti di ortostatismo si rimanda al documento codice lilla 2020 che considera “come indicatori di rischio i valori pressori in ortostatismo (ipotensione ortostatica), in particolare rischio altissimo sia per il soggetto adulto che in età evolutiva per calo in ortostatismo di **20 mmHg di PA sistolica e/o calo di 10 mmHg di PA diastolica entro i 3 minuti al passaggio da clino ad ortostatismo, o incremento di 20 bpm**. Valutare il sintomo vertigini posturali e la storia di episodi sincopali.” (Codice Lilla,2020). Nella valutazione delle condizioni di rischio utilizzare di routine ECG con valutazione del QTc, richiedere inoltre ECO cuore.

“**ECG**: 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha un’eziologia cardiaca, incluse torsione di punta e morte improvvisa. Da considerarsi indicatore di gravità qualsiasi aritmia incluso il prolungamento del QTc, alterazioni aspecifiche del tratto ST o anomalie dell’onda T, inclusa l’inversione, o onde T bifasiche.” (Percorso Lilla, revisione 2020).

Per i valori del QTc per la valutazione del rischio, incluso il riferimento alle più comuni cause di prolungamento come le alterazioni elettrolitiche come la ipokaliemia e l’ipomagnesiemia o l’uso di psicofarmaci, si rimanda a una attenta consultazione dei documenti: Percorso Lilla, revisione 2020, e alle linee guida Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management, College Report CR233, (replacing Marsipan and Junior Marsipan), maggio 2022.

Si rimanda al documento Percorso Lilla , revisione 2020 per quanto attiene alla elencazione dei segni e dei sintomi indicativi di rischio clinico (ad esempio: cardiopalmo, astenia severa, capogiri in ortostatismo e al passaggio da clino- ad ortostatismo, pre-lipotimia, lipotimia, vertigini, dolore toracico retrosternale monolaterale, dolore addominale, stipsi, etc.), nonché alla valutazione clinica iniziale (pressione arteriosa, misurazione della temperatura corporea, valutazione dello stato mentale inclusi eventuali segni di alterazione dello stato di coscienza, ad es. sonnolenza, letargia, disorientamento etc.), inclusa la valutazione dei parametri ematochimici, qui si fa riferimento solo ad alcuni rimandando come già scritto al documento “Percorso Lilla, revisione 2020”, che permane lo strumento di sintesi di riferimento per la valutazione del rischio, anche in prospettiva formativa e di sensibilizzazione, come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione.

Parametri ematochimici

Emocromo con particolare riferimento a possibili segni di anemia, granulocitopenia, ipopiastrinemia etc.;

Glicemia con rischio alto per valori inferiori a 3.5 mmol/L (60 mg/dl); rischio altissimo per valori inferiori a 2.5 mmol/L (45 mg/dl);

Alterazioni idro-elettrolitiche: la frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell’equilibrio idro-elettrolitico (es. ipokaliemia) e delle associate complicanze cardiache e renali. Va sempre osservato lo stato di idratazione, sia per le possibili perdite idriche collegate alle condotte di eliminazione, sia perché la restrizione dell’acqua può essere un sintomo del disturbo.

La disidratazione è critica per tutti i soggetti, ma particolarmente grave in età pediatrica. Le alterazioni elettrolitiche rappresentano sempre un quadro da considerarsi gravissimo quando associate ad alterazioni metaboliche acute come l'ipoglicemia, l'ipoalbuminemia e bassi livelli di pre-albumina. Per quanto riguarda i livelli dei diversi elettroliti vengono riportati diversi gradi di rischio, anche se valori anche di poco sottosoglia devono essere considerati un indicatore negativo. Le alterazioni di K, Mg, P si associano a rischio altissimo se presenti alterazioni dell'ECG (da considerare in particolare il valore del QTc).

Na. Rischio alto per valori < 130 mmol/L o >145 mmol/L; rischio altissimo per valori < 125 mmol/L o > 160 mmol/L

K. Rischio alto per valori < 3,5 mmol/L; rischio altissimo per valori <2,5 mmol/L

Mg. Rischio alto per valori <0,7 mmol/L, rischio altissimo per valori <0,5 mmol/L

P. Rischio alto se valori <0,8 mmol/L; rischio altissimo per valori <0,3 mmol/L.” (Percorso Lilla, revisione 2020).

Gli esami ematochimici dovrebbero includere, oltre l'Emocromo, la Glicemia e gli elettroliti sopra elencati, anche Calcio, Cloro, Azotemia, Creatininemia, AST, ALT, Gamma GT, fosfatasi alcalina, Prealbumina e proteine totali ed elettroforesi, Bilirubinemia T e D., Amilasemia, CPK, Vit. D, Vit. C, Vit. B12, Acido folico, funzionalità tiroidea, Prolattinemia ed esame delle urine. Tali esami frequentemente richiesti all'interno di una valutazione clinica globale che consideri l'importanza della diagnosi differenziale come modalità clinica iniziale, nel follow up e ogni qualvolta si riconsideri il percorso diagnostico in caso di insufficiente risposta ai trattamenti. Soprattutto per la valutazione delle condizioni fisiche (incluso lo studio delle traiettorie di crescita), si raccomanda l'attivazione di una modalità continuativa di collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta.

Valutazione psicopatologica

Particolare cura nel minore dovrà essere posta all'autolesionismo e alla valutazione del rischio suicidario, sia indagando i pregressi tentativi, sia esplorando nell'esame psichico l'affettività, riconoscendone le eventuali patologie della percezione, del pensiero, dell'umore e dell'affettività in genere, con particolare riferimento all'impulsività, alla presenza di ansia, inquietudine e/o sentimenti di mancanza di speranza e alla capacità di contenimento e di ascolto dell'ambiente: dal contesto familiare, alla scuola, al gruppo dei pari e/o all'interesse verso social media collegati con le aree cliniche indagate. La letteratura scientifica negli ultimi anni ha proposto ripetutamente all'attenzione dei ricercatori il riscontro che la maggior parte dei disturbi psichiatrici presenta un esordio in età adolescenziale e, sul piano del trattamento, i clinici hanno sottolineato l'utilità degli interventi precoci e della continuità della cura, in questa fase cruciale per lo sviluppo della persona. Nel campo dei disturbi dell'alimentazione il problema è particolarmente significativo [...] la necessità di mantenere la continuità terapeutica in questa fascia di età, per un periodo di trattamento che può prolungarsi nel tempo, richiede che sia programmata una stabilità dell'équipe terapeutica. Queste osservazioni hanno evidenti implicazioni di politica sanitaria perché la programmazione e l'organizzazione dei servizi dovrebbero garantire il riconoscimento precoce dei casi, anche attraverso protocolli di collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale e attraverso i contatti con le scuole” (Quaderni del Ministero della Salute 2017).

Le linee guida regionali (2017) mettono altresì l'accento sulla definizione di percorsi distinti per gli adulti e minori al fine di garantire la specificità della valutazione clinica, sarà comunque

necessario l'integrazione del percorso minori con il percorso adulti. Il presente documento richiede implicitamente che i servizi dedicati alla valutazione e alla cura dei DNA assicurino l'integrazione del percorso minori con il percorso adulti soprattutto nelle fasi di transizione relative all'età e che vengano identificati operatori ASP competenti per l'età evolutiva dedicati alla prevenzione.

Valutazione del rischio negli adulti

Nella valutazione del rischio di soggetti adulti (quaderni ministero salute settembre 2017, Codice lilla rev. 2020) con DNA è importante fare riferimento alla complessità che li contraddistingue e condiziona una gravità e un rischio clinico che può essere determinato in base a diversi criteri:

1. Gravità fisica: grado di malnutrizione per difetto o per eccesso, rapidità della perdita/aumento di peso, stato delle condizioni fisiche (compromissione dei parametri vitali, complicanze d'organo o generali);
2. Gravità della psicopatologia specifica del DNA e/o della psicopatologia generale associata e complicata dal DNA, grado di motivazione alla cura
3. Gravità dovuta alla comorbilità fisica o psichiatrica; è importante valutare attentamente elementi di rischio quali l'ideazione suicidaria e l'eventuale presenza di comportamenti autolesivi (APA 2006 livello I, NICE 2004 grado C).
4. Gravità connessa alla presenza di un ambiente familiare e/o sociale problematico o non supportivo.

Ciascuno di questi aspetti deve essere adeguatamente valutato e discusso all'interno del team per la scelta del setting di cura più adeguato.

Tutti questi ambiti vanno poi declinati nelle situazioni acute e/ o di lunga durata e devono essere periodicamente monitorizzati durante il percorso di cura

Strumenti di valutazione del rischio

Anamnesi ponderale, valutazione del IMC, visita medica con esame obiettivo, rilevazione PA, frequenza cardiaca, temperatura corporea. ECG (con particolare riferimento al QT).

Visita psichiatrica /colloquio psicologico/ esame psichico

Raccolta di alcune informazioni dai familiari conviventi se consentito dal paziente adulto

Esami di laboratorio e strumentali di base raccomandati nella fase iniziale.

In una prima fase, gli esami di laboratorio possano non dare indicazioni importanti per la diagnosi di malnutrizione in quanto l'organismo, specie nei casi cronicizzati, tende ad una compensazione attraverso l'uso delle riserve: questo può portare ad un quadro emato-clinico apparentemente normale o border line. Nei casi in cui vi è un uso costante e continuato di vomiting e purging interviene un'ulteriore variabile che è rappresentata dalla Ispissatio Sanguinis (emoconcentrazione).

Emocromo con formula VES Assetto coagulativo Protidogramma Transferrina Prealbumina Glicemia Azotemia Creatinina Assetto lipidico Transaminasi e colinesterasi CPK Amilasemia totale (isoamilasi) Natriemia, Kaliemia, Cloremia (sangue e urine) Calcemia, Fosfatemia, Fosfatasi alcalina Ferritina TSH, FT4, FT3 Esame delle urine

In caso di epigastralgie e di Ematemesi (sia di sangue vivo che di macchie color caffè) sarebbe utile eseguire una Esofagogastrosopia per escludere patologie acute e croniche a carico dell'Esophago (l'Esophago di Barrett è una delle più frequenti complicanze nei pazienti che praticano cronicamente il Vomiting).

Per quanto attiene alla elencazione dei segni e dei sintomi indicativi di rischio clinico si rimanda al documento “Percorso Lilla revisione 2020” che permane lo strumento di sintesi di riferimento per la valutazione del rischio, anche in prospettiva formativa e di sensibilizzazione, come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione.

VALUTAZIONE INTERDISCIPLINARE E INQUADRAMENTO CLINICO

La valutazione diagnostica è il momento più importante e delicato di tutto il percorso di cura poiché ad essa consegue la strutturazione del progetto terapeutico ispirato a criteri di appropriatezza ed efficacia così come da linee guida APA 2006 livello I, NICE 2004 grado C., Linee Guida Regionali Siciliane. Inoltre, in questa fase, in funzione della eventuale presenza di complicanze, si valuta la necessità di indirizzare il paziente ad altri livelli assistenziali, Strutture Ospedaliere, semiresidenziali, residenziali e/o altri servizi.

La valutazione diagnostica, che di norma dura da 1 a 4 settimane, comporta l’inquadramento clinico, nutrizionale, psicologico e motivazionale; deve pertanto essere effettuata da un TEAM specialistico interdisciplinare che deve tradurre gli interventi professionali nel Programma Terapeutico Condiviso. All’interno del TEAM va individuato un case manager con il compito di garantire tutte le fasi del percorso e l’integrazione con tutti i livelli assistenziali e le Associazioni di Volontariato. Indispensabile è l’utilizzo di una cartella interdisciplinare ove venga riportato il percorso del paziente. (Allegato)

Le aree diagnostiche e le figure professionali definite dalle linee guida per l’assessment di questa fase, e gli strumenti adoperati a supporto dell’inquadramento diagnostico sono specifici al target di riferimento pertanto nella esposizione che segue si procederà con la descrizione separata dei due percorsi.

Valutazione Interdisciplinare ed Inquadramento Clinico Minori

Diagnosi Internistico-Nutrizionale

La diagnosi internistico nutrizionale consente di definire le problematiche internistiche e nutrizionali del caso, porre un giudizio medico sulle possibilità di proseguire il percorso in ambito territoriale, oppure avviare il paziente a livelli assistenziali diversi, ospedalieri, residenziali o semiresidenziali e/o ad altri Servizi.

Composizione TEAM Interprofessionale

Neuropsichiatra infantile, Psicologo clinico psicoterapeuta, Medico Nutrizionista, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Dietista

Attività

Anamnesi fisiologica e patologica

Anamnesi ed evoluzione del DNA

Valutazione dello stato nutrizionale (misure antropometriche, calcolo del BMI, esame bio-impedenziometrico)

Definizione del comportamento alimentare attuale e degli aspetti cognitivi relativi alla sfera cibo-peso-corpo

Prescrizione esami di laboratorio e strumentali specifici (Allegato)

Definizione del grado di compromissione organica

Strumenti a supporto

Cartella clinica interdisciplinare

Intervista strutturata, Eating Disorder Examination (EDE)

Diagnosi psicologica e psichiatrica

Nella presa in carico dei pazienti che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione la fase Diagnostica rappresenta un processo di approfondimento e conoscenza della persona e del contesto socio familiare, che già nel suo espletarsi promuove e richiede i primi cambiamenti propedeutici alla cura.

L'attenzione dei clinici è rivolta alla persona nella sua unicità e complessità, con primaria attenzione alla individuazione precoce dei livelli di gravità e di rischio, e contemporaneamente alla restituzione identitaria del senso del proprio processo di sviluppo psichico e delle difficoltà incontrate. Già nei colloqui con finalità diagnostica si promuove l'insorgere di processi di consapevolezza essenziali progressivamente per il trattamento sia esso ambulatoriale o residenziale.

Le diagnosi psicologica e psichiatrica, seppur nella specificità professionale delle procedure, sono volte al raggiungimento dei seguenti obiettivi comuni:

- Comprendere la sofferenza del/la paziente in riferimento al funzionamento complessivo della personalità negli aspetti cognitivi, emotivi, affettivi, sociali e familiari sia in atto che in anamnesi;
- Rilevare e descrivere la costellazione sintomatologica e la storia psicopatologica con particolare attenzione alla presenza di ideazione di tipo psicotico;
- Approfondire l'osservazione delle dinamiche familiari;
- Valutare l'atteggiamento del paziente e della famiglia verso il disturbo e la cura;
- Diagnosticare eventuale comorbidità con altri disturbi psichiatrici, il relativo livello di gravità e se primari o secondari rispetto al disturbo dell'alimentazione;
- Accertare l'eventuale presenza di Uso di Sostanze;
- Valutare il rischio suicidario;
- Definire La diagnosi descrittiva;
- Individuare il livello di assistenza necessario a breve termine;
- Stesura del Programma di Intervento.

Composizione TEAM Interprofessionale:

Neuropsichiatra infantile, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Psichiatra.

Attività :

Colloqui diagnostici con il minore e la famiglia, mirati alla valutazione del funzionamento della personalità ed alla diagnosi del disturbo.

Valutazione del funzionamento familiare

Valutazione anamnestica dello sviluppo psichico

Valutazione della motivazione

Diagnosi differenziale psichiatrica

Strumenti a supporto :

- EDI 3, EATING DISORDER INVENTORY
- EDQ-C EATING Disorders Questionnaire in Childhood.
- MMPI-A
- BUT
- BAT
- BODY SHAPE
- TAT
- Test Carta e matita.
- Test della Cintura: strumento empirico a supporto della verifica della dispercezione corporea.

Valutazione della famiglia

La famiglia è una risorsa fondamentale ed elemento integrante nella cura dei minori con DNA. È essenziale osservare la qualità delle relazioni che i bambini e gli adolescenti hanno con i loro genitori, attenzionando gli atteggiamenti e i comportamenti genitoriali quali: la propensione al prendersi cura, l'affettività, la sensibilità, la collaborazione, la disponibilità. Il rifiuto, l'indifferenza, il controllo. Insieme alla posizione del minore, è importante prendere in considerazione la prospettiva dei genitori verificando l'eventuale presenza di alcuni fattori stressanti, riconducibili alle caratteristiche del bambino e a quelle dei genitori nonché ad eventi situazionali-demografici. È inoltre necessario rilevare il loro bisogno di supporto, la sensazione di fallimento, il quanto e come il disagio del figlio incide sull'intera famiglia. A tal fine è utile dedicare una o due sedute.

Attività :

Colloquio clinico con i genitori finalizzato a:

ricostruzione della storia familiare con particolare attenzione agli eventi che hanno preceduto l'inizio della patologia;
osservazione della struttura familiare quali invischiamento, alleanze, coalizioni, triangolazioni;
osservazione fase del ciclo di vita;
dinamiche nella relazione di coppia;
livello di emotività espressa;
tentativi realizzati per affrontare la situazione;
risorse disponibili.

Colloquio clinico intero nucleo familiare finalizzato a conoscere :

storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici e a problematiche da abuso di alcool o sostanze;
disturbi dell'alimentazione e /obesità
tipologie di interazione familiare rispetto al disturbo del minore,
atteggiamenti della famiglia verso alimentazione, esercizio e forma fisica
stressor familiari che possono facilitare o ostacolare la guarigione.

Strumenti a supporto :

counseling genitori
test PBI Parental bonding index

Valutazione Interdisciplinare ed Inquadramento Clinico Adulti

La fase dell'inquadramento clinico interprofessionale per i maggiorenni e gli adulti si effettua in un arco di tempo che è compreso tra i 7 e i 28 giorni (linee guida Regione Umbria, giugno 2013).

Diagnosi Internistico-Nutrizionale

Composizione TEAM Interprofessionale: Medico Internista, Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Psichiatra, Medico Nutrizionista, Dietista.

Attività :

Indagine su abitudini alimentari e storia del peso

Anamnesi, Esame obiettivo, BMI, P.A., F.C.

Esami di laboratorio (Urine, emocromo completo con formula leucocitaria, glicemia, funzionalità epatica, assetto lipidico, creatininemia, azotemia)

Esami strumentali: bio-impedenziometria, E.C.G.

Diagnosi psicologica-psichiatrica

Composizione TEAM Interprofessionale: Psicologo clinico, Psicoterapeuta, Psichiatra.

Attività :

Colloquio semi-strutturato per la valutazione del disagio psichico.

Indagine strutturata per la valutazione dei sintomi psicologici, strutturazione della personalità.

Valutazione dell'eventuale presenza di comportamenti autolesivi e/o ideazione suicidaria.

Valutazione della famiglia

Le famiglie d'origine e/o di nuova costruzione sono una risorsa fondamentale ed elemento integrante nella cura dei DNA. È essenziale osservare la qualità delle relazioni familiari che intercorrono all'interno dei vari sistemi di cui il paziente fa parte. Insieme alla posizione di quest'ultimo è importante prendere in considerazione la prospettiva dei familiari, verificando l'eventuale presenza di fattori stressanti. È inoltre necessario rilevare il bisogno dei familiari di supporto, la loro sensazione di fallimento, il quanto e il come il disagio del paziente incida sulle dinamiche della famiglia. A tal fine è utile dedicare una o due sedute.

Attività :

Colloquio clinico con i genitori qualora si tratti di giovani adulti che vivono ancora in famiglia d'origine, finalizzato a:

ricostruzione della storia familiare con particolare attenzione agli eventi che hanno preceduto l'inizio della patologia;

osservazione della struttura familiare quali invischiamento, alleanze, coalizioni, triangolazioni; fase del ciclo di vita;

dinamiche nella relazione di coppia;

livello di emotività espressa;

tentativi realizzati per affrontare la situazione;

risorse disponibili.

Colloquio clinico con il coniuge o il partner

Colloquio con la coppia

Colloquio clinico intero nucleo familiare d'origine per giovani adulti che vivono in famiglia, finalizzato a: conoscere la storia familiare rispetto ai disturbi psichiatrici, a eventuali problematiche da abuso di alcool o sostanze, a situazioni di obesità, alle tipologie di interazione familiare rispetto al disturbo del minore, agli atteggiamenti della famiglia verso l'alimentazione, all'esercizio e alla forma fisica, oltre che individuare gli stressor familiari che possono facilitare o ostacolare la guarigione.

Strumenti a supporto :

- EDI 3, EATING DISORDER INVENTORY.
- EDE 17.0 EATING DISORDERS EXAMINATION
- BES BING EATING SCALE
- MMPI-2
- SCL-90-R
- BUT
- BAT
- BODY SHAPE
- Test della Cintura: strumento empirico a supporto della verifica della dispercezione corporea.

Liberatoria acquisita dal paziente maggiorenne.

Counseling ai genitori

PROGRAMMA DIAGNOSTICO TERAPEUTICO MINORI/ADULTI

Per entrambi i target, in questa fase di assessment tutti i professionisti del TEAM si confrontano, integrano i loro contributi diagnostici, definiscono il programma terapeutico e lo condividono con il paziente e/o la famiglia.

Il Progetto Terapeutico espone la tipologia di interventi, la loro articolazione temporale, gli operatori coinvolti. Il paziente o la famiglia deve essere informato su ogni aspetto del trattamento considerato nel progetto, comprenderne la scelta ed avere la possibilità di esprimere opinioni, dubbi e richieste di chiarimento. È auspicabile rivalutare periodicamente il progetto terapeutico al fine di modificare e/o integrare gli interventi che non fossero risultati efficaci. A tal fine il TEAM Interprofessionale condividerà tempi e necessità con il paziente e/o la famiglia.

Attività :

Condivisione delle aree diagnostiche

Redazione del progetto terapeutico

Strumenti a supporto :

Riunioni di équipe

PROGRAMMA DIAGNOSTICO TERAPEUTICO MINORI E COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

In relazione a quanto emerso dalla fase di valutazione diagnostica interdisciplinare, discusso successivamente in riunione di équipe si redige:

- 1) Lettera di restituzione diagnostica condivisa con la famiglia del minore e proposta terapeutica al PDL.
- 2) Progetto Terapeutico Individuale/Familiare: è costruito sul singolo minore insieme al sistema familiare, in relazione agli indicatori clinici rilevati e alla scelta del setting di cura. Se vi è indicazione alla presa in carico ambulatoriale (bassa, media, alta intensità), sono chiaramente specificati gli obiettivi generali e specifici del percorso, gli operatori (il team) di riferimento, le attività terapeutico-riabilitative previste e la loro frequenza, la durata di revisione della adeguatezza degli interventi. Nello specifico, il Progetto si propone di:
 - individuare il livello di cura più opportuno, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ospedaliero, psichiatrico;
 - definire il livello di motivazione alla cura;
 - coinvolgere la famiglia nel percorso diagnostico;
 - definire gli aspetti sociali.

Nel corso di un colloquio dedicato (**colloquio di restituzione**), con i genitori del minore o con l'intero nucleo familiare, il progetto terapeutico deve essere dettagliatamente illustrato e motivato al soggetto e alla sua famiglia. Tale progetto dovrà essere condiviso in tutti i suoi aspetti (anche eventualmente utilizzando alcuni colloqui di counseling motivazionale) e sancito con la firma del contratto terapeutico da parte dei genitori che, formalmente, rappresenta l'avvio della presa in carico ambulatoriale.

Nel caso in cui dalla fase di valutazione si rilevi l'opportunità di invio ad altro servizio (NO diagnosi DAN) verrà specificato nella lettera di restituzione al MMG. Qualora invece gli indicatori clinici orientino per l'invio ad un livello di assistenza più intensivo specialistico per DAN (semiresidenziale, DH, ospedale o residenzialità), sarà compito della équipe ambulatoriale DAN pianificare e organizzare l'invio, mantenendo contatti costanti per salvaguardare la continuità delle cure.

PROGRAMMA DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ADULTI E COLLOQUIO DI RESTITUZIONE

In relazione a quanto emerso dalla fase di valutazione diagnostica interdisciplinare, discusso successivamente in riunione di équipe si redige:

- 1) Lettera di restituzione diagnostica e proposta terapeutica al MMG.
- 2) Progetto Terapeutico Individuale: è costruito sul singolo caso in relazione agli indicatori clinici rilevati e alla scelta del setting di cura. Se vi è indicazione alla presa

in carico ambulatoriale (bassa, media, alta intensità), sono chiaramente specificati gli obiettivi generali e specifici del percorso, gli operatori (il team) di riferimento, le attività terapeutico-riabilitative previste e la loro frequenza, la durata di revisione della adeguatezza degli interventi. Nello specifico, il Progetto si propone di:

- individuare il livello di cura più opportuno, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ospedaliero, psichiatrico;
- definire il livello di motivazione alla cura;
- coinvolgere la famiglia nel percorso diagnostico;
- definire gli aspetti sociali.

Nel corso di un colloquio dedicato (**colloquio di restituzione**), il progetto terapeutico deve essere dettagliatamente illustrato e motivato al soggetto e alla sua famiglia. Tale progetto dovrà essere condiviso in tutti i suoi aspetti (anche eventualmente utilizzando alcuni colloqui di counseling motivazionale) e sancito con la firma del contratto terapeutico che, formalmente, rappresenta l'avvio della presa in carico ambulatoriale.

Nel caso in cui dalla fase di valutazione si rilevi l'opportunità di invio ad altro servizio (NO diagnosi DAN) viene specificato nella lettera di restituzione al MMG. Qualora invece gli indicatori clinici orientino per l'invio ad un livello di assistenza più intensivo specialistico per DAN (semiresidenziale, DH, ospedale o residenzialità), sarà compito della équipe ambulatoriale DAN pianificare e organizzare l'invio mantenendo contatti costanti per salvaguardare la continuità delle cure.

PRESA IN CARICO MINORI/ADULTI

La presa in carico ambulatoriale deve garantire la possibilità di erogare percorsi di riabilitazione psico-nutrizionali multidisciplinari per soggetti con DAN. Le buone pratiche di trattamento prevedono un sistema integrato di interventi di tipo multiprofessionale e articolati in setting individuali, familiari, multifamiliari e di gruppo.

Criteri di accesso per programma ambulatoriale:

- Sintomatologia medica, psichiatrica e psicologica sufficientemente stabile e compensata, per cui non è necessario un monitoraggio quotidiano.
- Buona motivazione al trattamento del paziente e/o della famiglia.
- In caso di pazienti significativamente sotto peso il trattamento ambulatoriale è indicato quando il paziente ha un'alta motivazione alla cura, vi è il sostegno della famiglia ed i sintomi sono di breve durata.
- Pazienti in dimissione da livelli di assistenza più intensivi: ricovero presso struttura residenziale per DNA, centro diurno per DNA.

La frequenza degli incontri con i terapeuti di riferimento varia in base alle fasi della malattia (esordio, cronicità, ricaduta), del percorso di cura (fase intensiva, fase di assestamento, fase di remissione), ed agli obiettivi del programma di Riabilitazione Psico-nutrizionale.

È necessario che i membri dell'équipe terapeutica si riuniscano periodicamente per:

- Monitorare l'andamento delle terapie in corso.
- Ridefinire ciclicamente la strategia terapeutica multiprofessionale sulla base dei risultati raggiunti.
- Verificare periodicamente i punti di forza e di debolezza dei protocolli terapeutici in uso presso l'ambulatorio.

COUNSELING MOTIVAZIONALE

Il colloquio motivazionale è un uno strumento di counselling utile ad attenuare la resistenza al trattamento e aumentare la motivazione, mantenendo un buon livello di coinvolgimento del paziente ed esplorando i vari sentimenti di ambivalenza legati al cambiamento (Miller e Rollnick 1991, 2002; Leoni 2003).

Nell'approccio ai DNA è molto importante valutare in fase diagnostica il livello di 'motivazione al cambiamento' della persona. Spesso infatti in questi pazienti i sintomi, almeno inizialmente, vengono percepiti in maniera egosintonica. In questi casi la motivazione al cambiamento è scarsa perché la consapevolezza del proprio problema è pressoché inesistente. Spesso si riscontra un atteggiamento ostile e oppositivo verso il cambiamento oppure si può osservare una notevole ambivalenza, che spesso paralizza le persone nell'incertezza e nella 'dipendenza' dai loro sintomi per riuscire a prendere la decisione di cambiare.

La motivazione è un processo complesso che non è facile da misurare e che non è mai del tutto presente o del tutto assente. Il ruolo del terapeuta permette che la persona giunga a una vera motivazione al cambiamento, migliorando la consapevolezza del disturbo e delle limitazioni che comporta e aumentando nella stessa la fiducia nelle proprie possibilità di miglioramento. In letteratura è possibile identificare diversi modelli teorici, elaborati nel corso degli anni.

La posizione condivisa oggi è che un intervento efficace debba tener conto sia della dimensione cognitiva sia dell'influenza del contesto. (Dossier "Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari "GUADAGNARE SALUTE, epicentro ISS 2022). Dallo stesso dossier si ricava l'indicazione che il cambiamento sia un processo graduale, continuo e dinamico, che la valutazione dello stadio di cambiamento debba sempre precedere qualsiasi tipo di intervento e che debba essere condotta in modo non giudicante. Il cambiamento inoltre viene raggiunto più facilmente quando l'operatore e la persona sono focalizzati sullo stesso stadio e privilegiano gli stessi processi. Se l'operatore applica strategie relative a uno stadio diverso da quello in cui si trova la persona, è probabile che si verifichino resistenze; inoltre, si può correre il rischio di riportare la persona agli stadi precedenti. Il consolidamento del cambiamento richiede un tempo non inferiore ai 12 mesi.

Esistono diversi strumenti, nati in ambito clinico-terapeutico, per la valutazione dello stadio del cambiamento rispetto a un comportamento: scale, questionari e algoritmi, ai quali si associano altri strumenti che valutano fattori correlati

Al counselling motivazionale vengono dedicate una serie di sedute durante le quali il terapeuta aiuta a far luce sui personali vantaggi e svantaggi del cambiamento, sui valori che guidano le scelte, sui vantaggi e svantaggi che il non-cambiamento offre.

Fondamentale la costruzione di uno spazio e di un clima accoglienti all'interno dei quali lavorare sulla motivazione nelle sue varie declinazioni e intensità, rafforzandola e mantenendola costante durante il processo di cura

Il lavoro motivazionale con la persona durante il percorso di cura e l'azione istruttiva e supportiva sul contesto sono finalizzati alla maturazione e al progresso del paziente, verso gradi

crescenti di autonomia dal sintomo, dalle condizioni psicologiche ed ambientali che hanno favorito lo strutturarsi della patologia e, infine, dal curante.

La motivazione pertanto va letta, capita e sollecitata; la motivazione va inoltre rintracciata e rinforzata. Nelle situazioni più difficili diventa necessario andare oltre la motivazione per costruire una prima alleanza con la persona.

Attraverso la fase del colloquio diagnostico e della somministrazione questionari si può comprendere qual'è la motivazione alle cure. Inoltre, specie nel caso di minori, l'incontro con la famiglia può dare informazioni circa la motivazione del ragazzo\ragazza che della famiglia stessa.

Attraverso i primi incontri di conoscenza della persona e della famiglia e di inquadramento del problema, la motivazione del paziente al lavoro terapeutico va capita e decodificata sia per evitare il rischio di alimentare false aspettative, quanto per personalizzare l'intervento sulla motivazione.

La motivazione va rintracciata, laddove non emerga in modo palese ma si colga comunque una seppur debole volontà di far qualcosa per sé.

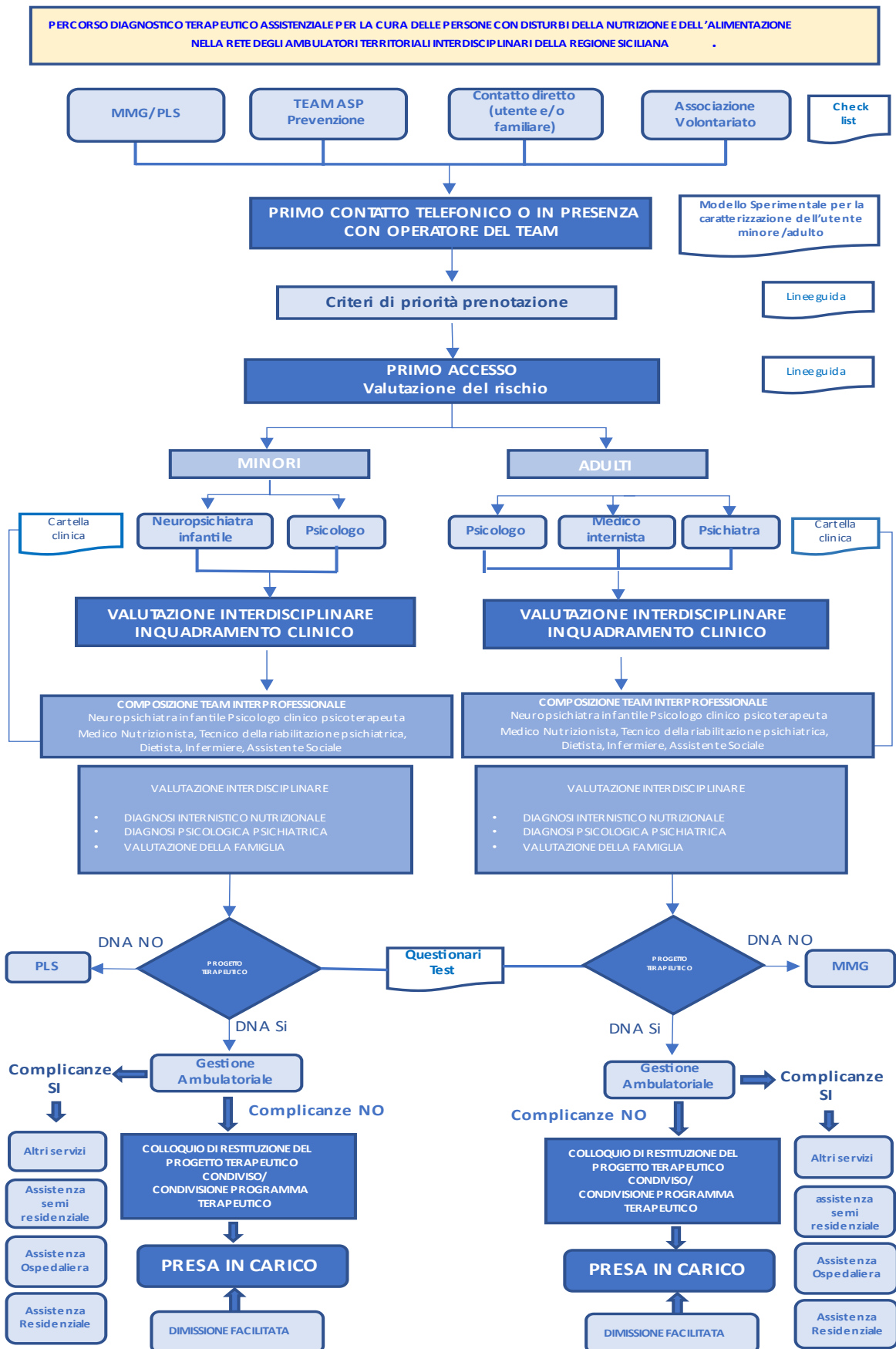
La motivazione va sollecitata nella misura in cui appare molto piccola, non adeguata a sostenere un percorso di cura impegnativo e spesso lungo per la guarigione da un disturbo dell'alimentazione; tale processo si avvia attraverso colloqui orientati a rendere la persona più consapevole delle ragioni nonché del bisogno di cambiamento.

Il rinforzo della motivazione al trattamento e al cambiamento, rivolto al paziente ma anche al contesto, è un compito che impegna ogni operatore del Centro per i DNA ed è una componente essenziale di ogni intervento; durante il percorso di cura si può verificare un indebolimento della motivazione che va prontamente rinforzata da tutta l'équipe.

Quando la motivazione è inesistente o molto debole, perché non vi è alcuna consapevolezza del problema per gli operatori si prospetta una sfida: andare oltre riuscendo ad agganciare la persona sul piano emotivo e costruire un'alleanza.

L'alleanza terapeutica con il paziente e il lavoro con la famiglia faciliterà la nascita della motivazione a intraprendere il trattamento.

6.1 FLOW CHART



6.2 INDICATORI PDTA

Indicatori di Processo

- Recepimento ed adesione formale al PDTA da parte delle AA-SS.PP con trasmissione atto al DASOE, 9/9
- Inserimento formale nei piani di attività dei Dipartimenti, 9/9
- Identificazione formale del TEAM Interprofessionale Integrato, 9/9
- N° percorsi di prevenzione avviati in maniera autonoma o in raccordo con il TEAM della prevenzione, almeno 1 per anno
- Trasmissione atti formali e dati al DASOE secondo le scadenze stabilite, 9/9

Indicatori di Esito

- N° pazienti con DCA trattati dall'ambulatorio territoriale, invio scheda Prestazioni al DASOE
- N° di pazienti che si ripresentano ai follow-up/N° di pazienti presi in carico
- N° pazienti inviati in gestione integrata ai livelli assistenziali ospedalieri e semiresidenziali

6.3 LA CARTELLA CLINICA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE ED ALIMENTAZIONE

Da una ricognizione effettuata in ambito regionale, attraverso intervista ai componenti del gruppo di lavoro regionale emerge che, pur supportati da strumenti cartacei o semi informatizzati, di fatto è necessario l'implementazione della **cartella socio-sanitaria regionale** per la gestione della documentazione sanitaria relativa al percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione ed Alimentazione. La cartella regionale deve descrivere le azioni di tipo organizzativo e operativo delle varie fasi integrate in unica visione sistemica: preventivo, diagnostico, clinico, assistenziale e presa in carico, sviluppate per i vari livelli di intensità di cura, sia per i minori che per gli adulti affetti da DNA.

In tal senso la struttura portante della cartella regionale farà riferimento agli step individuati nel percorso.

7 INTEGRAZIONE CON IL SECONDO LIVELLO ASSISTENZIALE

7.1 TRATTAMENTO SEMI RESIDENZIALE

Il Trattamento Semiresidenziale diventa un livello di assistenza fondamentale di fronte a situazioni sempre più gravi, per le quali emerge l'esigenza clinica di un trattamento che preveda interventi articolati e intensivi, compreso il pasto assistito. È ampiamente riconosciuta l'utilità di proporre un trattamento globale ai pazienti con DNA in forma grave o con sottopeso importante, che preveda anche i pasti assistiti.

Il livello di assistenza della semi- residenzialità è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri di appropriatezza.

Scompenso in una o più aree critiche:

Area medica: parametri vitali ed ematochimici che non comportino immediato rischio di vita (BMI \geq 14,5; Potassio \geq 3,5);

Area Psichiatrica: parametri psicopatologici che escludano rischi autolesivi gravi (elevata frequenza tagli e bruciature, rischio suicidario) ed abuso di sostanze (alcol, droghe) in atto;

Area Psicosociale: ambiente familiare problematico, isolamento sociale, interruzione dell'attività scolastica o lavorativa; mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida per la cura dei DNA: nessun miglioramento o peggioramento dopo 4 settimane;

Pazienti in dimissione da livelli di assistenza più intensivi: ricovero presso struttura residenziale per DNA, ricovero ospedaliero;

Il trattamento riabilitativo a livello semiresidenziale va attuato in un centro specializzato per DNA dalla équipe multidisciplinare specificatamente formata, in regime di assistenza h8 per almeno cinque giorni a settimana. Permette l'attuazione di un percorso di riabilitazione psiconutrizionale più intensivo del regime ambulatoriale, il cui elemento caratterizzante è la possibilità di effettuare l'azione "pasti assistiti" con la supervisione, il supporto e l'assistenza da parte di personale esperto.

Il progetto terapeutico individuale concordato dall' équipe con l'utente e la sua famiglia delinea gli interventi riabilitativi specifici per il singolo caso, ha una durata non superiore a sei mesi e deve essere costantemente monitorizzato per verificare l'adeguatezza degli interventi.

Un primo vantaggio di questo livello di assistenza è la possibilità di affrontare un percorso intensivo rimanendo nel contesto del proprio ambiente, dove gli eventuali fattori stressanti interpersonali e ambientali, pur presenti, hanno la possibilità di essere rivalutati in tempo reale e affrontati attraverso le attività psicoterapeutiche previste;

un secondo vantaggio risulta essere la continuità terapeutica con l' équipe che ha effettuato l'accoglienza al trattamento, evitando il trasferimento in residenza fuori regione; continuità terapeutica che si ripropone al passaggio dalla semi-residenza all'ambulatorio;

un terzo vantaggio è relativo all'abbattimento del disagio e dei livelli di stress del paziente e della famiglia, costretta ad affrontare un lungo viaggio fuori regione, lasciando il proprio contesto di vita;

un quarto vantaggio è relativo al risparmio economico sia per la famiglia che per l'Azienda per gli elevati costi delle residenze fuori regione e all'ottimizzazione delle risorse.

7.2 RICOVERO DAY HOSPITAL ADULTI

Sin dall' 01/05/2017 nell'ambito dell'U.O. di Dietologia veniva istituito il "Day Hospital per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (D.C.A.) dedicato all'età adulta" con un posto disponibile.

Così come atteso la richiesta di salute da parte dei pazienti è stata di notevole entità e molto favorevolmente è stata accolta sia dai pazienti che dalle Associazioni a cui fanno capo essi stessi e le famiglie. Inoltre si segnala che, dall'istituzione a tutt'oggi, afferiscono al Day Hospital sia pazienti della provincia di Catania che provenienti da altre provincia siciliane (SR, CL, EN, ME, PA).

Di seguito il report dell'attività svolta dall'apertura del D.H. ad oggi:

ANNO 2017 (Giugno – Dicembre)

Primi Accessi: n° 42
Accessi successivi n° 326
Tot. n° 368

ANNO 2018 (Gennaio – Dicembre)

Primi Accessi: n° 74
Accessi successivi n° 797
Tot. n° 871

ANNO 2019 (Gennaio – Dicembre)

Primi Accessi: n° 106
Accessi successivi n° 789
Tot. n° 891

ANNO 2020 (Gennaio – Dicembre)

Primi Accessi: n° 79
Accessi successivi n° 508
Tot. n° 587

ANNO 2021 (Gennaio – Dicembre)

Primi Accessi: n° 82
Accessi successivi n° 558
Tot. n° 640

ANNO 2022 (Gennaio – Dicembre)

Primi Accessi: n° 92
Accessi successivi n° 670
Tot. n° 762

ANNO 2023 (Gennaio – Maggio)

Primi Accessi: n° 56
Accessi successivi n° 259
Tot. n° 305

Come si evince agevolmente il numero di pazienti trattati ed il trend sono in evidente crescita. Non è superfluo sottolineare che i dati del report di cui sopra non sono comprensivi del numero di prestazioni effettuate in regime ambulatoriale. L'apparente riduzione dei casi trattati nel 2020, 2021 e nel 2022 sono dovuti alla contrazione conseguente alle limitazioni imposte dalle norme anti-Covid 19.

Dal 2018 il Servizio è diventato centro di riferimento per lo svolgimento del tirocinio obbligatorio da parte dei partecipanti ai corsi regionali per Master Executive nei D.N.A. a seguito di convenzione tra l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania ed il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio sanitario della Regione Siciliana di Caltanissetta.

Oltre al Medico Dietologo sono impiegati per le funzioni del Day Hospital:

Un Medico Psichiatra appartenente all'ASP 3 specificatamente formato.

Gli Psicologi del Servizio di Psicologia Ospedaliera.

Un Medico Endocrinologo.

Un Dietista in possesso di titolo di preparazione specifica sui DNA

Due Infermiere Professionali.

8 RICOVERO OSPEDALIERO MINORI

Presso il reparto di NPIA del DEA 1° livello Ospedale S. Marta e Santa Venera di Acireale, presidio dell'ASP Catania, è attivo dal 2002 la UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) , all'interno dell'area dipartimentale NPIA del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP Catania. Il reparto dispone di 10 posti letto ordinari, come da Piano Aziendale applicativo del Piano sanitario regionale, e 2 posti di Day Hospital. Il reparto è pertanto di elezione per la gestione dell'Emergenza Urgenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva, da 0 a 17 anni, e per i secondi livello diagnostico-terapeutici di tutti i PDTA di competenza NPIA (quindi sia neurologica che psichiatrica). Tale premessa costituisce valore aggiunto all'interno del PDTA strutturato per i Disturbi del Comportamento Alimentare (D.C.A.) , adesso definiti D.A.N.. Insieme agli altri percorsi per i quali la UOC è anche Centro di riferimento regionale per Autismo (Programma regionale Unitario Autismo Regione Siciliana) , per ADHD ed Epilessia Età Evolutiva, la gestione dei DAN, vede l'utenza, sempre ricoverata con un genitore di riferimento (stanze di degenza con letti sia per paziente che per genitore), in reparto misto che evita la strutturazione di tipologia di reparto costituito da soli pazienti con DAN, che, come comprovato dalle esperienze cliniche documentate in letteratura scientifica, crea altissimo rischio di strutturazione di dinamiche identitarie ancor più psicopatologiche.

Il modulo DAN è riconosciuto nella sezione dedicata dell'Istituto Superiore di Sanità, è coordinata dalla dr.ssa Giuseppa Carmelita Russo, affiancata come Case Manager clinico dalla neuropsichiatra infantile dr.ssa Ilenia Stissi, dalle Psicologhe Trovato e Distefano, dal Tecnico di Riabilitazione Psichiatrica Vezzosi, dall'Educatore Professionale Tropea, da tutta l'equipe medica dell'Unità, costituita da altri 4 specialisti in NPIA , oltre al Direttore di Struttura Complessa, con la consulenza quotidiana della dietista del Presidio Ospedaliero(dr.ssa Rapisarda), delle consulenze multidisciplinari delle Unità di Medicina Interna, con endocrinologia, dell'Unità di Gastroenterologia, dell'Unità di Cardiologia, oltre ovviamente al supporto del servizio di analisi laboratoristiche di presidio.

Il percorso DAN è pienamente integrato con quello delle 9 Unità operative semplici della UOC NPIA territoriale dell'ASP Catania, con codifica di requisiti clinici per Ricovero Ordinario o Day Hospital, prosecuzione di presa in carico congiunta, anche post ricovero, attuata insieme alle UONPIA territoriali e il supporto strategico della Unità territoriale di Psicopatologia adolescenziale. Un ambulatorio dedicato al DAN età evolutiva era negli anni passati allocato all'interno della stessa struttura, adesso esternalizzata presso ambulatorio territoriale.

I ricoveri avvengono sia per situazioni di emergenza urgenza da PS, con accessi provenienti da tutto il territorio regionale ed extraregionale (Calabria), così come programmati, in elezione, con richiesta da parte delle UONPIA territoriali, sia ASP Catania che da tutte le altre ASP regionali (con protocolli di buone prassi e definizione oggettiva, clinica, secondo classi di priorità). Prevalentemente per gli utenti della ASP Catania, per ovvi motivi logistici, coerenti con i principi della medicina di prossimità, lo strumento del Day Hospital terapeutico è risultato negli anni strategico, sia nel trattamento delle fasi iniziali o comunque di comorbidità medico-psichiatrica meno complesse, che nella gestione post ricovero ordinario di casi complessi che ancora necessitano di reinserimento inclusivo sociale e familiare con momenti di gestione terapeutica ad intensità gradualmente meno intensiva, in raccordo con le UONPIA territoriali, prima del successivo passaggio alla sola gestione ambulatoriale.

La gestione terapeutica coinvolge tutto il personale medico, psicologico, tecnico e infermieristico, nella fondamentale gestione dei comportamenti riabilitanti il comportamento alimentare, con approccio integrato sia educativo che psicoterapico, in cui i pasti assistiti, sia durante che nel post, costituiscono un protocollo multidisciplinare fondamentale per l'esito del trattamento. Il coinvolgimento sistemico della famiglia costituisce altro momento basilare.

Quanto più precoce è l'intervento quanto migliore l'esito, soprattutto se in rete con le strutture territoriali, spesso non in grado di intercettare subito l'esordio o di prenderlo in carico con la dovuta intensità, a causa di deficitaria sproporzione tra risorse umane multidisciplinari dedicate e la pressione epidemiologica in costante aumento, con punte del 50% in più post pandemia.

L'attento monitoraggio dipartimentale della casistica, che vede nel DSM ADSP Catania la presenza di Cartella elettronica dipartimentale condivisa tra tutti i servizi, vede meno del 2% di casistica che cronicizza in età adulta con necessità di interventi residenziali comunitari.

La progettazione in atto nel DSM, con la funzione della UOC Serd e della Unità dedicata incardinata a tale area dipartimentale, mira a sviluppare virtuosamente la delicata fase di transizione.

Nel 2022 la UOC ha visto 65 ricoveri ordinari in tale percorso, per diagnosi prevalente DAN, ma tanti altri di psicopatologia adolescenziale prevalente e con comorbidità DAN, con media di occupazione anche di 4 posti letto sui 10 in dotazione e periodo medio di ricovero di 30-40 giorni; accanto a tale dato di ricovero ordinario, abbiamo avuto 124 DH terapeutici dedicati. L'età di presentazione e di necessità di ricovero, in coerenza col dato nazionale, si è significativamente abbassato anche all'età preadolescenziale e al sesso maschile, rispetto al dato epidemiologico classico degli anni scorsi.

9 INTERAZIONE PRONTO SOCCORSO E TERRITORIO

INTERVENTI PER L'ACCOGLIENZA, IL TRIAGE, LA VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE "PERCORSO LILLA IN PRONTO SOCCORSO"

Criteria medici di dimissione

- Stabilizzazione dei parametri vitali e degli esami di laboratorio
- Bilanciamento del quadro elettrolitico
- Risoluzione di pericolose aritmie cardiache
- Invio al MdMG

Invio del paziente ai centri specialistici per la cura dei disturbi alimentari

Quando non si ravvisa la necessità di un trattamento urgente in ambiente ospedaliero, è indicata un'attenzione particolare all'invio del paziente alla più vicina struttura specialistica multidisciplinare per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, per una valutazione più approfondita e per la definizione di un programma di trattamento. Nell'invio, si deve tener conto delle difficoltà e delle ambivalenze di molti pazienti ad accettare le cure proposte e intraprendere un trattamento; in molti casi può essere opportuno che sia il medico stesso a

prendere contatti con la struttura specialistica di riferimento più vicina o a fornire comunque un'indicazione precisa e circostanziata a riguardo

In atto non vi sono percorsi Lilla formali presso i Pronto Soccorso delle Aziende della Regione Siciliana.

10 RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

Allegato D.A. n. 192 del 03/02/2017

Il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta è cruciale nella rete di trattamento dei disturbi dell'alimentazione. 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, la comunicazione con il paziente e i familiari, l'identificazione dei nuovi casi, la valutazione del rischio fisico, l'invio ai centri specialistici, il trattamento dei casi lievi, il follow-up. L'identificazione precoce dei disturbi dell'alimentazione è però importante, perché può portare il paziente a iniziare una cura più rapidamente e, come dimostrato da alcune ricerche, migliorare la prognosi di queste patologie. I medici che operano al primo livello di cura sono in una buona posizione per identificare i pazienti che presentano i primi sintomi o anche i prodromi del disturbo dell'alimentazione. Nel caso la gestione del paziente con disturbo dell'alimentazione sia condivisa tra il medico di medicina generale e il centro di cura secondario, deve esserci un chiaro accordo tra i professionisti su chi ha la responsabilità di monitorare e gestire il rischio fisico del paziente. Questo accordo dovrebbe essere condiviso anche con il paziente e i suoi familiari. Infine, il medico di medicina generale dovrebbe eseguire valutazioni periodiche dello stato di salute fisico e mentale dei pazienti con anoressia nervosa di lunga durata che non sono seguiti dal centro di cura secondario.

11 LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E IL LORO RUOLO

Le associazioni di familiari e pazienti sono una realtà importante, coerentemente ai loro statuti, intervengono in tutti quegli ambiti che contribuiscono in maniera efficace al supporto dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura:

- Attività di informazione, orientamento e sostegno.
Nella fase di esordio della malattia, le Associazioni hanno ruolo di accompagnamento ed orientamento delle persone verso la rete degli ambulatori territoriali interdisciplinari. Nel PDTA -Percorso di Prevenzione Diagnostico Terapeutico Assistenziale Integrato, definito nel presente documento, sono individuate come uno degli “agenti di avvistamento” “per avviare il primo contatto.
- Sostegno alla famiglia, attraverso interventi educativi e di mutuo–aiuto, avvalendosi anche della consulenza di esperti.
- Attività di supporto per un più adeguato reinserimento sociale e lavorativo. A tal proposito, le associazioni svolgono funzioni di filtro, raccordo e orientamento con tutti i soggetti istituzionali e non (centri per l’impiego, privato sociale, istituzioni scolastiche e mondo del lavoro) che possono contribuire a promuovere la piena riabilitazione ed integrazione del soggetto nel tessuto sociale, accompagnandolo e sostenendolo nelle fasi più critiche del percorso anche attraverso specifici progetti.

Associazioni presenti nel territorio regionale

Agrigento: Associazione “Farfalla Lilla”, deboraprinicipato@gmail.com, Tel. 328 3337189

Catania: Associazione “Per Adriana” associazioneonlusperadriana@gmail.com

Catania: Associazione “La Stella Danzante”, lastelladanzante@virgilio.it, Tel. 392 6633677

Palermo : Associazione “Ilfilolilla”, ilfilolilla@gmail.com Tel. 335 5461470

12 ALLEGATO 1

12.1 SCHEDA DI PRIMO CONTATTO

Logo ASP
Denominazione Struttura
Responsabile
Indirizzo
Contatti

Data Contatto (accesso/telefonata): _____

Dati di chi effettua la richiesta di prenotazione della visita:

Cognome e Nome _____ tel _____

Effettua la richiesta per (se stesso, familiare, altri):

Il paziente è consapevole della richiesta d'intervento SI NO

Il paziente concorda nel richiedere l'intervento SI NO

Dati Anagrafici Paziente:

Cognome e
Nome _____ Età _____ M/F _____

Domicilio _____ tel _____ altri
contatti _____

Inviante:

MMG/PLS Dr/Dr.ssa _____ telefono _____

Indirizzo mail _____

SINTOMO	LIEVE	MEDIO	GRAVE
Restrizione calorica/digiuno: riduzione quantitativa e qualitativa degli alimenti assunti	Restrizione quantitativa, con mantenimento dei pasti principali e assunzione di tutti i nutrienti	Restrizione quantitativa, con esclusione di alcuni nutrienti e sporadico digiuno ai pasti principali	Restrizione severa dell'introito calorico, frequenti digiuni ai pasti
			Alimentazione scarsa o assente per un periodo di almeno 5 giorni consecutivi *
			Digiuno (rifiuto di assumere cibo) per 2 giorni consecutivi in pazienti di età inferiore a 18 anni *
Riduzione di apporto idrico giornaliero	intake \geq 1 litro	Intake \leq 1 litro	Intake solo dietro stimolazione
Calo ponderale nell'ultimo mese			Perdita recente di oltre 1 kg di peso corporeo per un periodo di almeno 2 settimane consecutive
Calo ponderale negli ultimi 6 mesi	3 – 5 Kg	6-10 kg	>10 kg
Alterazioni del ciclo	Variazioni del flusso e della periodicità	Variazioni del flusso e della periodicità (amenorrea da meno di 6 mesi)	Variazioni del flusso e della periodicità (amenorrea da più di 6 mesi)
Esercizio fisico eccessivo e compulsivo	esercizio fisico quotidiano eccessivo, per durata e intensità, senza compromissione delle normali attività di studio lavoro e socializzazione	esercizio fisico quotidiano eccessivo, per durata e intensità, accompagnato da compulsività, con parziale compromissione delle normali attività di studio, lavoro e socializzazione	Esercizio fisico di durata, frequenza e intensità eccessivi, soggetto a compulsività, potenzialmente dannosi per la salute tale da compromettere le normali attività di studio, lavoro e

			socializzazione, accompagnato da grave senso di colpa e ansia quando è rimandato.
Vomito autoindotto Abituale	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	>7 episodi a settimana
Abuso lassativi/diuretici (specificare)	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana
Abbuffate	1-3 episodi a settimana	4-7 episodi a settimana	8-13 episodi a settimana
Interferenza funzionamento psicosociale	Mantenimento principali attività	Riduzione attività principali	Interruzione principali attività
Rischio suicidario	Ideazione assente	Ideazione senza T.S.	Pregressi T.S.
Durata sintomi	≤ 6 mesi	≤ 12 mesi	>12 mesi

PARAMENTRI RIFERITI: PESO _____ ALTEZZA _____ IMC _____

Indice di massa corporea (IMC)	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Altissimo
	<15.0 - >13,5	<13	<12
IMC Minori	< 3° / > 1° percentile *	< 1° percentile	

*percentile di crescita per età e sesso (Codice Lilla, 2020)

Note cliniche: (Instabilità dell'umore, Insonnia, Atti autolesivi, Stati dolorosi riferiti, Svenimenti, Fumo e uso improprio di sostanze psicoattive, Gravi tensioni familiari, altro)

Orientamento

Diagnostico:

Esito Accoglienza

<p>LISTA D'ATTESA</p> <p>Livello gravità lieve</p> <p>(la maggior parte dei sintomi riferiti sono di entità lieve/moderata)</p>	<p>URGENZA/PRIORITÀ</p> <p>(Visita entro 7 giorni)</p> <p>Livello gravità moderato/grave</p> <p>(entità medio/grave dei sintomi, esordio entro 6 mesi, età < 20aa)</p>	<p>EMERGENZA</p> <p>(Ricovero ospedaliero)</p> <p>Livello gravità estremo con presenza n sintomi > 3 di entità grave /BMI <14, altre condizioni cliniche riscontrate</p>	<p>NO DNA</p> <p>(Invio altra struttura)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Data 1^ Visita:

***Le voci indicate con asterisco secondo le linee guida del "Codice Lilla" sono indicatori di estrema gravità e indicano la necessità di immediata Valutazione Medica presso Presidio Ospedaliero**

Firma operatore

13 ALLEGATO 2

13.1 SCHEDA ANAGRAFICA - CONTATTI - PRESTAZIONI

A.0. Anagrafica Struttura/Servizio/UO			
Tabella A.0: Dati sul Servizio per DNA afferente all'ASP di _____			
Denominazione			
Responsabile/Referente	<i>Cognome e nome</i>	<i>Qualifica</i>	
Indirizzo			
Comune e Provincia			
Recapiti telefonici			
Indirizzo Mail			
Data apertura			
Tipo struttura	<i>ambulatoriale</i> <input type="checkbox"/>	<i>semiresidenziale</i> <input type="checkbox"/>	<i>residenziale</i> <input type="checkbox"/>
*note:			
A.1. Tipo di contatto, genere ed età			

Tabella A.1: Utenti assistiti dai Servizi per DNA, per classe di età, genere e tipo di contatto

nell'anno _____

DNA		Tipo di contatto per genere				
		Nuovi utenti		Utenti già noti		Totale
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Classi di età	Fino a 14 anni					
	15-19 anni					
	20-24 anni					
	25-29 anni					
	30-34 anni					
	35-39 anni					
	40-44 anni					
	45-49 anni					
	50-54 anni					
	55-59 anni					
	60-64 anni					
	65 anni e più					
	Totale					
FONTI DATI	<input type="checkbox"/> Digitale <input type="checkbox"/> Cartaceo Specificare _____					

DNA: soggetti assistiti dal Servizio nel periodo di riferimento per disturbi della nutrizione dell'alimentazione;

Nuovi utenti: numero di soggetti che per la prima volta si rivolgono al Servizio e, quindi, vengono assistiti⁽¹⁾ dal Servizio stesso, secondo il genere e la classe di età;

Utenti già noti: numero di soggetti già assistiti dall'anno precedente a quello di riferimento o rientrati dopo aver sospeso o concluso il trattamento negli anni precedenti, secondo il genere e la classe di età;

Classi di età: l'età anagrafica, in anni compiuti e raggruppati in classi, dei soggetti assistiti dal Servizio.

Fonte dati: indicare la tipologia della fonte (cartacea o digitale) dalla quale sono ricavati i dati indicati in tabella specificando quale (cartella clinica informatica, cartella cartacea, registro prese in carico, nome della piattaforma digitale, ecc.).

Nota⁽¹⁾:

Per utente assistito dal Servizio per DNA si intende il soggetto per il quale sono soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio
2. accertamento documentato (diagnosi medica eseguita nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedente al periodo di riferimento per l'utenza già nota) del DNA, e
3. erogazione di almeno due prestazioni dei gruppi omogenei (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative o di ricovero), nel periodo di riferimento.

A.2. Prestazioni erogate

Nella tabella standard A.2 "prestazioni erogate" sono riportati, i soggetti assistiti dai servizi per DNA nel periodo di riferimento e le principali prestazioni ad essi erogate.

Tabella A.2: Utenti assistiti dai Servizi per DNA, numero e tipo di prestazioni erogate nell'anno

DNA		AMBULATORIO	
		Numero Soggetti	Numero Prestazioni
Prestazioni erogate	Visite		
	Colloqui		
	Psicoterapie		
	Invio in strutture riabilitative		
	Invio in reparti (ricoveri)		
	Totale (*)		

(*) Riportare il numero totale di soggetti per sede di trattamento, conteggiati una sola volta, anche se hanno fruito di prestazioni di tipologia diversa

DNA: soggetti assistiti dal Servizio nel periodo di riferimento, per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

Visite: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di visite (visita di accoglienza, prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, infermieristico, controlli di monitoraggio, anche a domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per la visita.) erogate nel periodo di riferimento;

Colloqui: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di colloqui (colloquio di accoglienza, di counselling, anche telefonico, di prevenzione, psicologico, educativo, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista psicologico, sociale, controlli di monitoraggio anche al domicilio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per il colloquio.) effettuati nel periodo di riferimento;

Psicoterapie: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di interventi psicoterapeutici (interventi psicoterapeutici sull'individuo, sulla famiglia o sulla coppia, inclusa anche la psicoterapia di gruppo ristretto, allargato, familiare, multi familiare ecc.) effettuati nel periodo di riferimento;

Ricovero in strutture riabilitative: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di interventi di tipo socio-riabilitativo del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.);

Ricovero in ambiente medico: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di ricoveri in reparti di tipo medico;

Somministrazione farmaci: numero di soggetti assistiti dal servizio e numero di somministrazioni di farmaci per il trattamento effettuate nel periodo di riferimento

14 BIBLIOGRAFIA; RIFERIMENTI NORMATIVI E SCIENTIFICI

Bibliografia e sitografia

- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1715-1721. doi:10.4088/JCP.09m05176blu.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*, 65(4), 701-708. doi:10.1097/01.PSY.0000073871.67679.D8.
- Hoek, H. W. (2017). Epidemiology of eating disorders. In K. D. Brownell & B. T. Walsh (Eds.), *Eating disorders and obesity* (pp. 237-242). New York: Guilford Press.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi:10.1097/ycp.0000000000000278.
- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International journal of eating disorders*, 10.1002/eat.23236. doi:10.1002/eat.23236.
- Van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *The International journal of eating disorders*, 39(7), 565-569. doi:10.1002/eat.20316.
- Antonio Prunas ,SCL-90-RSymptom Checklist-90-R, Giunti O.S.,2011
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Bevere F, Borrello S, Brambilla F, Dalle Grave R, De Lorenzo A, Di Fiandra T, Donini LM, Fabbri A, Faravelli C, Fava A, Ghirardini AMG, Maj M, Marabelli R, Marinoni G, Monteleone P, Palma GL, Pavone L, Ruocco G, Sandri G, Santonastaso P, Scarpa B, Simonetti G, Siracusano A. Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, luglio-agosto 2013.
- Dalla Ragione L, Giombini L. Solitudini Imperfette. Le Buone Pratiche di cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Edizioni Ministero della Salute, Roma, 2013
- Dalla Ragione L, Mencarelli S. L'inganno dello specchio. Franco Angeli, Milano, 2012
- Dalle Grave R. La Terapia Cognitivo Comportamentale Multistep dei Disturbi dell'Alimentazione. Teoria, Trattamento e Casi Clinici. Firenze: Eclipsi, 2015.
- Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M. Manuale di Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione nell'Adolescenza (CBT-Ea). Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo Positive Press, 2018
- David M. Garner EDI-3 Eating Disorder Inventory – 3, Giunti O.S.,2008
- De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T. Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 13/6, 2012.
- Direzione generale Sanità e politiche sociali Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento

Alimentare (attuazione DGR 1298/09) Tavolo Regionale DCA dell'Emilia-Romagna, 2009.

- Fairburn C.G. Carrozza A. Dalle Grave R. La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione.
- Gravina G, Nebbiai G, Piccione C. La terapia delle complicanze mediche. In Milano W (ed) I disturbi dell'alimentazione. Roma: Fioriti Editore, 2015.
- James N. Butcher, Yossef S. Ben-Porath, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom, Beverly Kaemmer, Paolo Pancheri, Saulo Sirigatti.
- MMPI -2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory James N. Butcher, John R. Graham, Yossef S. Ben-Porath, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom e Beverly Kaemmer, <https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/mmpi-2>
- MMPI®-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-2 Giunti O.S., 2011 John R. Graham, James N. Butcher, Auke Tellegen, W. Grant Dahlstrom, Beverly Kaemmer, Paolo Pancheri, Saulo Sirigatti
- MMPI®-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent, Giunti O.S., 2001.
- Ventura MM, Bauer B, Blundell JE. L'approccio psicobiologico al controllo dell'alimentazione. In Obesità. Un trattato multidimensionale. Ed. O. Bosello, Kurtis, Milano, 1998.
- S.I.R.I.E - Sistema interrogazione rapida indicatori epidemiologici: Atlante Sanitario dei ricoveri in Sicilia 2015-2017 <http://151.13.188.30/pentaho/Login>; <http://demo.istat.it/>
- Linee di indirizzo Nazionali per la riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione. Quaderno del Ministero della Salute N° 29, settembre 2017.
- D.A. n. 192 del 03/02/2017 contenente le Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare. Approvazione Standards.
- Ministero della Salute. Interventi per l'Accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione "Percorso Lilla in Pronto Soccorso" Revisione 2020.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano repertorio atto N° 122/CSR del 21 giugno 2022.
- D.A. n. 598 del 06/07/2022 contenente le Modalità di accesso dei soggetti privati alle attività specialistiche previste dal Piano Strategico per la salute Mentale in materia di disturbi del comportamento alimentare.
- D.A. n. 711 del 28/06/2023 di approvazione del Piano di attività biennale relativo alle Linee di intervento per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione della Regione Siciliana.
- D.A. N° 758/2022, Istituzione Gruppo Tecnico di Lavoro per la definizione, il coordinamento, ed il monitoraggio degli interventi previsti nell'intesa sull'art. 1, commi 688 e 689 della Legge 30 Dicembre 2021, n. 234, recante l'istituzione di un Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione per pazienti nella fascia di età 10-45 anni.
- Progetto MA.NU.AL 2018-2021, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie – Ministero della Salute.
- Report DASOE 2021 DCA
- Decade ONU di azione sulla nutrizione 2016
- EDI 3, EATING DISORDER INVENTORY, D.M. Garner Adattamento Italiano a cura di Giannini, Pannocchia, Dalle Grave, Muratori, Viglione Giunti O.S. 2008

- EDQ-C EATING Disorders Questionnaire in Childhood. Emilio Franzoni, Elisa Bernardi, Valentina Valeri e Leonardo Sacrato O.S.2017.
- MMPI-A Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent. James N. Butcher, Carolyn L. Williams, John R. Graham, Robert P. Archer, AukeTellegen, Yossef S. Ben-Porath e Beverly Kaemmer, O.S. 2001.
- Medical Emergencies in Eating Disorders:Guidance on Recognition and Management, College Report CR233, (replacing Marsipan and Junior Marsipan),maggio 2022.
- SCL S90 R, L.R. Derogatis edizione italiana Antonio Prunas Giunti OS. 2011
- BUT Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G. F. Battacchi MW. But: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza* 1999;66:417-28
- BAT (Body Attitude Test); M. Probst et al., Experience with the Body Attitude Test, *Eat Weight Disorders* 2, 100-104, 1997.
- Body Shape Questionnaire, Wade,T. In: Wade, T. (eds) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore 2017.
https://doi.org/10.1007/978-981-287-104-6_212
- TAT: Test di Appercezione Tematica; Henry A. Murray, OS 1960.
- Parental Bonding Instrument G.Parker, H. Tupling, L.B.Brown, 1979, 52, 1-10.*British Journal of Medical Psychology*
- Test Carta e Matita (Test della Figura umana, K. Machover, 1949; *Disegno della Famiglia*, L. Corman, 1967, , trad.it. Boringhieri, Torino 1976);
- Test della Cintura: strumento empirico a supporto della verifica della dispercezione corporea.

15 RINGRAZIAMENTI

Per l'elaborazione del documento si ringraziano :

L'Assessore alla Salute -Regione Siciliana- Dr.ssa Giovanna Volo.
Il Dirigente del Dipartimento ASOE, Dr. Salvatore Requirez
I Componenti del Gruppo tecnico di Lavoro del Progetto DNA

Hanno offerto una fattiva collaborazione alla stesura del documento :

Adriana Adamo	ASP Ragusa
Raffaele Barone	ASP Agrigento
Fabio Brogna	ASP Catania
Angela Bruno	ASP Agrigento
Roberto Cafiso	ASP Siracusa
Massimo Cacciola	ASP Caltanissetta
Antonietta Costa	ASP Palermo
Pino Cucci	ASP Enna
Guido Faillaci	ASP Trapani
Teresa Ferrante	ASP Trapani
Carmelo Florio	ASP Catania
Maria Gattuso	ASP Caltanissetta
Emilia Imbornone	ASP Palermo
Rossana Mangiapane	ASP Messina
Alessandra Patti	Ass. Salute DASOE
Maria Piana	Rappr. Associazioni dei familiari
Deborah Recca	ASP Palermo
Annamaria Russo	ASP Enna
Carmela Murè	ASP Enna
Lella Mendolia	ASP Trapani

Un particolare ringraziamento va a :

Massimo Alagna
Angela Bruno
Antonietta Costa
Maria Gattuso
Rossana Mangiapane
Oriana Risso