

FORMAZIONE INFERMIERISTICA CONTINUA

# Disturbi del Comportamento Alimentare

## *Classificazione, valutazione infermieristica, gestione clinica e criticità*

Aggiornamento basato su DSM-5-TR · Linee Guida NICE · Documenti ISS

## 1. Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano uno dei gruppi di patologie psichiatriche a più alto tasso di mortalità e disabilità, con un impatto rilevante non solo sulla salute individuale ma sull'intero sistema sanitario. In Italia si stima che ne soffrano circa 3 milioni di persone, con una prevalenza in costante aumento anche tra la popolazione maschile e nelle fasce d'età adulta, superando il pregiudizio che li confinava esclusivamente all'adolescenza femminile.

A livello europeo i dati epidemiologici indicano che l'anoressia nervosa colpisce lo 0,5-1% della popolazione femminile, la bulimia nervosa il 2-3%, mentre il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) raggiunge prevalenze fino al 3,5% nella popolazione generale, rappresentando il DCA più diffuso. Tali patologie si associano frequentemente a comorbidità psichiatrica (disturbi d'ansia, depressione, disturbo da uso di sostanze) e a gravi complicanze mediche che richiedono una gestione multidisciplinare integrata.

L'infermiere occupa una posizione strategica nella presa in carico dei pazienti con DCA: è il professionista con cui il paziente trascorre più tempo nei contesti di ricovero, è spesso il primo a osservare segnali di allarme in ambito ambulatoriale o al Pronto Soccorso, e svolge un ruolo insostituibile nel monitoraggio clinico, nella relazione terapeutica e nel supporto alla famiglia. Una formazione specifica e aggiornata è pertanto indispensabile per garantire un'assistenza sicura, dignitosa ed efficace.

## 2. Classificazione dei DCA secondo il DSM-5-TR

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione, revisione testuale (DSM-5-TR, APA 2022) classifica i DCA nella categoria 'Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione', distinguendo quadri clinici eterogenei per presentazione, gravità e prognosi. La conoscenza dei criteri diagnostici essenziali consente all'infermiere di comprendere il razionale clinico delle scelte terapeutiche e di orientare l'osservazione assistenziale.

### 2.1 Anoressia Nervosa (AN)

L'anoressia nervosa è caratterizzata da una restrizione significativa dell'apporto calorico rispetto alle necessità, con conseguente peso corporeo significativamente basso. I criteri diagnostici principali includono:

- Restrizione dell'apporto energetico con mantenimento di un peso corporeo significativamente basso
- Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento di peso
- Alterazione del modo in cui il paziente vive il proprio peso o la propria forma corporea (dismorfofobia), eccessiva influenza del peso e della forma corporea sulla propria autostima, o mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo

Il DSM-5-TR distingue due sottotipi:

- **AN-R** Sottotipo Restrittivo (AN-R): negli ultimi 3 mesi il paziente non ha avuto ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. La perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso dieta, digiuno e/o attività fisica eccessiva.
- **AN-B/P** Sottotipo con Abbuffate/Condotte di Eliminazione (AN-B/P): negli ultimi 3 mesi il paziente ha avuto ricorrenti episodi di abbuffata e/o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri).

### Complicanze mediche principali dell'Anoressia Nervosa

- Cardiovascolari: bradicardia sinusale, ipotensione ortostatica, prolungamento del QT, aritmie
- Metaboliche ed elettrolitiche: ipokaliemia, iponatriemia, ipoglicemia, ipofosfatemia
- Ematologiche: leucopenia, anemia, trombocitopenia
- Gastrointestinali: gastroparesi, stipsi, gonfiore addominale
- Osteoarticolari: osteopenia, osteoporosi (anche in giovane età)
- Endocrine: amenorrea/disfunzioni ormonali, riduzione di T3 e T4, ipercortisolemia
- Neurologiche: atrofia cerebrale, neuropatia periferica

## 2.2 Bulimia Nervosa (BN)

La bulimia nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffata seguiti da comportamenti compensatori volti a prevenire l'aumento di peso. I criteri diagnostici principali sono:

- Ricorrenti episodi di abbuffata (consumo di quantità di cibo significativamente maggiori rispetto a quanto la maggior parte delle persone mangerebbe in analogo lasso di tempo, con senso di perdita di controllo)
- Ricorrenti comportamenti compensatori inappropriati: vomito autoindotto, uso di lassativi/diuretici/clisteri, digiuno, esercizio fisico eccessivo
- Abbuffate e comportamenti compensatori in media almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi
- Autostima eccessivamente influenzata dalla forma corporea e dal peso
- Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di AN

A differenza dell'AN, i pazienti con BN mantengono spesso un peso nella norma, rendendo il disturbo meno visibile e più difficile da identificare. Le complicanze mediche dipendono prevalentemente dal tipo e dalla frequenza delle condotte di eliminazione: erosione dello smalto dentale, ingrossamento delle parotidi (segno di Russell), esofagite, squilibri elettrolitici (ipokaliemia da vomito).

## 2.3 Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED)

Il Binge Eating Disorder è il DCA più frequente nella popolazione generale. È caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffata senza condotte compensatorie. Criteri diagnostici essenziali:

- Episodi di abbuffata ricorrenti (almeno 1 volta/settimana per 3 mesi)
- Gli episodi si associano a: mangiare molto più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni, mangiare grandi quantità di cibo in assenza di fame fisica, mangiare da soli per imbarazzo, sentirsi disgustati, depressi o in colpa dopo l'abbuffata
- Marcato disagio per le abbuffate
- Assenza di comportamenti compensatori inappropriati ricorrenti

Il BED si associa frequentemente a obesità, sindrome metabolica, diabete tipo 2 e comorbilità psichiatriche (depressione, disturbi d'ansia). Spesso viene sottodiagnosticato perché i pazienti non si presentano spontaneamente per il disturbo alimentare ma per le sue conseguenze metaboliche.

## 2.4 Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo (ARFID)

L'ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) è caratterizzato da un'evitante o restrittiva assunzione di cibo che non è spiegata da preoccupazioni per il peso o la forma corporea (elemento che lo distingue dall'AN). Le motivazioni possono includere scarso interesse per il cibo, evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali degli alimenti (odore, consistenza, colore) o paura di conseguenze avverse (soffocamento, vomito). È più frequente in età infantile ma può persistere in età adulta, spesso in associazione con disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD).

## 2.5 Pica e Disturbo della Ruminazione

- **Pica:** Pica: ingestione persistente di sostanze non nutritive e non alimentari (terra, gesso, carta, capelli, metallo). Può associarsi a carenze nutrizionali, disturbi del neurosviluppo o gravidanza.
- **Ruminazione:** Disturbo della Ruminazione (Mericismo): rigurgito ripetuto del cibo senza causa medica apparente, con successiva rimasticazione, rideglutizione o espulsione.

## 2.6 Altri Disturbi Specifici e Non Specificati (OSFED/UFED)

Includono presentazioni cliniche che causano disagio clinicamente significativo ma non soddisfano pienamente i criteri di una categoria specifica. Esempi: AN atipica (peso nei limiti della norma ma con perdita ponderale significativa), BN a bassa frequenza, sindrome del mangiare notturno (Night Eating Syndrome). Queste forme non devono essere sottovalutate: la sofferenza e il rischio clinico possono essere equivalenti a quelli dei disturbi 'tipici'.

**Tabella 1 – Schema riepilogativo dei principali DCA**

Disturbo	Caratteristica Distintiva Principale
Anoressia Nervosa (AN)	Peso significativamente basso + paura intensa di ingrassare
Bulimia Nervosa (BN)	Abbuffate + comportamenti compensatori; peso spesso nella norma

BED	Abbuffate ricorrenti senza comportamenti compensatori
ARFID	Evitamento alimentare senza distorsione dell'immagine corporea
Pica	Ingestione di sostanze non alimentari
Ruminazione	Rigurgito ripetuto non dovuto a causa organica
OSFED/UFED	Sintomi clinicamente significativi non conformi ai criteri completi

### 3. Valutazione Infermieristica

#### 3.1 Strumenti di Screening

L'infermiere può utilizzare strumenti di screening validati come primo livello di identificazione del rischio, in particolare nei setting non specialistici (MMG, ambulatori pediatrici, medici, pronto soccorso).

Strumento	Descrizione e Utilizzo
SCOFF	5 domande (Sick, Control, One stone, Fat, Food). Rapido, validato per screening primario. Score $\geq 2$ indica rischio.
EAT-26	26 item su attitudini e comportamenti alimentari. Adatto ad adolescenti e adulti. Score $\geq 20$ richiede approfondimento.
EDE-Q	Questionario autosomministrato derivato dall'intervista EDE. Valuta frequenza e gravità dei comportamenti DCA nelle ultime 4 settimane.
BEDS-7	7 item specifici per il BED. Utile in contesti di cura dell'obesità.

#### 3.2 Assessment Clinico Infermieristico

L'assessment infermieristico nei DCA deve essere sistematico e multidimensionale, integrando la dimensione fisica, nutrizionale e psicologica:

##### Parametri vitali e fisici

- Peso, altezza, BMI (con calcolo della percentuale di peso ideale in caso di AN)
- Pressione arteriosa ortostatica (rileva disidratazione e rischio cardiovascolare)
- Frequenza cardiaca a riposo e in ortostatismo (bradicardia  $< 50$  bpm = allerta)
- Temperatura corporea (ipotermia nei casi gravi di AN)
- Stato di idratazione: turgore cutaneo, mucose, diuresi
- Esame obiettivo: edemi, lanugo, callosità sulle nocche (segno di Russell), erosione dentale, ingrossamento parotideo

##### Assessment nutrizionale

- Anamnesi alimentare: pattern di assunzione, restrizioni, cibi fobici, rituali alimentari

- Frequenza e caratteristiche delle abbuffate e delle condotte compensatorie
- Uso di lassativi, diuretici, integratori, farmaci anoressizzanti
- Monitoraggio degli esami ematochimici: elettroliti (Na, K, Cl, Mg, P), emocromo, glicemia, funzionalità renale ed epatica, ECG

## Valutazione del rischio

### Criteri di rischio che richiedono valutazione urgente/ricovero

- Bradicardia < 50 bpm o tachiaritmie
- Sincope o presincope
- Ipokaliemia < 3,0 mEq/L
- Ipoglicemia sintomatica
- BMI < 15 kg/m<sup>2</sup> o perdita rapida di peso (> 1 kg/settimana)
- Ideazione suicidaria attiva
- Rifiuto totale dell'alimentazione con impossibilità di garantire sicurezza in regime ambulatoriale

## 3.3 Comunicazione Terapeutica con il Paziente con DCA

La relazione terapeutica con il paziente con DCA è uno degli aspetti più impegnativi e qualificanti del lavoro infermieristico. La negazione del problema, l'ambivalenza rispetto al cambiamento e il vissuto egosintomico del disturbo (in particolare nell'AN) richiedono un approccio comunicativo specifico:

- Assumere un atteggiamento non giudicante, empatico e curioso, evitando confronti morali sul cibo o commenti sul peso
- Praticare l'ascolto riflessivo: validare le emozioni senza necessariamente validare i comportamenti
- Evitare toni prescrittivi o autoritari in merito all'alimentazione, che possono rafforzare la resistenza
- Utilizzare principi dell'approccio motivazionale (Miller e Rollnick): esplicitare l'ambivalenza, valorizzare le risorse del paziente, supportare l'autonomia
- Non ingaggiare negoziazioni sul cibo durante i pasti: le regole cliniche devono essere precedentemente condivise in équipe e comunicate con chiarezza e coerenza
- Documentare con precisione il comportamento del paziente durante i pasti e le reazioni emotive, informando il team curante

## 4. Gestione Infermieristica nei Diversi Setting

### 4.1 Ambulatorio e Day Hospital

Il setting ambulatoriale e il Day Hospital (DH) rappresentano la modalità di trattamento preferenziale per i casi di media gravità, nei quali le condizioni mediche non richiedono un monitoraggio continuo. Il ruolo infermieristico in questi contesti comprende:

- Accoglienza e monitoraggio periodico dei parametri vitali e del peso (con protocolli concordati per la modalità di pesata: abiti leggeri, svuotamento vescicale)

- Supervisione e accompagnamento durante i pasti terapeutici in DH, con intervento di sostegno emotivo prima, durante e dopo il pasto
- Gestione della terapia farmacologica (SSRI nella bulimia e nel BED, integratori, vitamina D, ecc.)
- Educazione terapeutica al paziente e ai familiari: riconoscimento dei segnali di allarme, gestione dell'ansia da pasto, strategie alternative ai comportamenti di eliminazione
- Coordinamento con il team multidisciplinare (psichiatra, psicologo, dietista, medico internista) per la continuità del piano assistenziale

## 4.2 Ricovero Ordinario (Reparto Medico o Psichiatrico)

Il ricovero ordinario è indicato in presenza di complicanze mediche acute, grave malnutrizione, fallimento del trattamento ambulatoriale o rischio psichiatrico elevato. L'assistenza infermieristica in degenza richiede:

### Monitoraggio clinico

- Parametri vitali ogni 4-8 ore (più frequentemente nelle fasi acute): PA ortostatica, FC, temperatura, SpO<sub>2</sub>
- Bilancio idroelettrolitico e monitoraggio della diuresi
- ECG basale e in corso di rialimentazione (rischio di sindrome da refeeding)
- Controllo del peso secondo protocollo (stesso momento della giornata, stessa bilancia, stessa modalità)

### Gestione dei pasti

- Accompagnamento e supervisione di tutti i pasti (colazione, pranzo, merenda, cena) con presenza infermieristica continua
- Osservazione del comportamento durante il pasto: nascondere il cibo, tagliare il cibo in pezzi piccoli, rituali, manipolazione, malesseri riferiti
- Osservazione post-pasto per almeno 60 minuti per prevenire condotte di eliminazione (accesso ai bagni limitato o supervisionato secondo protocollo)
- Documentazione precisa degli alimenti assunti e rifiutati con stima calorica
- In caso di rifiuto alimentare persistente: attivazione del team, valutazione dell'integrazione con supplementi orali o nutrizione enterale secondo prescrizione medica

### Prevenzione della Sindrome da Refeeding

#### Sindrome da Refeeding – Cosa deve sapere l'infermiere

La sindrome da refeeding è una complicanza potenzialmente letale che può insorgere nelle prime 72-96 ore di rialimentazione in pazienti gravemente malnutriti.

Fisiopatologia: la reintroduzione di carboidrati stimola il rilascio di insulina, che promuove il passaggio intracellulare di fosfato, potassio e magnesio, causando gravi ipofosforemia, ipokaliemia e ipomagnesiemia.

Segni di allarme: debolezza muscolare, confusione, aritmie, tetania, insufficienza respiratoria.

Ruolo infermieristico: monitoraggio stretto degli elettroliti nelle prime 72 ore, segnalazione immediata di valori critici, somministrazione di integratori secondo prescrizione (tiamina, fosfato, potassio, magnesio), controllo ECG.

### 4.3 Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso è spesso il primo punto di contatto con il sistema sanitario per i pazienti con DCA che sviluppano complicanze acute (sincope, aritmie, disidratazione grave, crisi ipoglicemica, overdose da lassativi). L'infermiere di PS deve:

- Effettuare un triage appropriato: il paziente con DCA in apparente 'buona salute' può nascondere instabilità emodinamica. Parametri vitali completi (inclusa PA ortostatica) sono essenziali.
- Non minimizzare il problema: anche in assenza di emergenza medica acuta, il paziente può trovarsi in una fase di crisi psichica che richiede ascolto e orientamento verso i servizi specialistici
- Evitare commenti sul peso o sull'aspetto fisico, potenzialmente iatrogeni in questa popolazione
- Attivare la consulenza psichiatrica in caso di ideazione suicidaria o rifiuto delle cure
- Fornire informazioni sui percorsi di cura disponibili nel territorio prima della dimissione

## 5. Criticità e Sfide Cliniche

### 5.1 Resistenza al Trattamento e Ambivalenza

Uno degli aspetti più sfidanti nella cura dei DCA è la frequente resistenza al trattamento, particolarmente evidente nell'anoressia nervosa, dove il disturbo ha spesso un carattere egosintomico: il paziente non percepisce il proprio comportamento come patologico e può attivamente opporsi alle cure. L'infermiere deve distinguere la resistenza come sintomo del disturbo — e non come mancanza di volontà — adottando un atteggiamento di comprensione senza rinunciare alla chiarezza clinica. La coerenza del team nell'applicazione del piano terapeutico è fondamentale per evitare che il paziente possa trovare 'spiragli' che rinforzino i comportamenti disfunzionali.

### 5.2 Dinamiche Relazionali Disfunzionali

Il rapporto con il paziente con DCA può generare dinamiche complesse:

- Enmeshment: eccessivo coinvolgimento emotivo dell'operatore, con perdita dei confini professionali e tendenza a 'proteggere' il paziente dall'applicazione del protocollo
- Controtransfert negativo: vissuti di frustrazione, rabbia, impotenza o disgusto che, se non elaborati, possono portare a risposte assistenziali inadeguate
- Splitting: il paziente può costruire alleanze selettive con alcuni operatori, creando conflitti all'interno del team

La supervisione clinica regolare e gli spazi di riflessione d'équipe sono strumenti essenziali per riconoscere e gestire queste dinamiche. Il debriefing dopo eventi critici (rifiuto totale del cibo, episodi di vomito autoindotto, comportamenti autolesivi) è raccomandato.

### 5.3 Complicanze Mediche Acute

Le complicanze mediche acute nei DCA richiedono pronto riconoscimento e intervento tempestivo. L'infermiere deve saper riconoscere e gestire:

Complicanza	Segni/Sintomi e Intervento Infermieristico
-------------	--

Ipokaliemia grave (K < 2,5 mEq/L)	Debolezza muscolare, crampi, aritmie, alterazioni ECG (onda U). Segnalazione urgente, monitoraggio ECG, somministrazione K secondo prescrizione.
Bradycardia severa (< 40 bpm)	Monitoraggio continuo ECG, posizione supina, allerta medico, accesso venoso. Possibile necessità di trasferimento in terapia intensiva.
Ipoglicemia sintomatica	Pallore, sudorazione, tremore, confusione. Somministrazione di glucosio (orale se cosciente, ev se non collaborante) secondo protocollo.
Ipfosfatemia da refeeding	Debolezza muscolare, dispnea, confusione, aritmie. Monitoraggio elettroliti, supplementazione ev di fosfato secondo prescrizione medica.
Disidratazione grave	Secchezza mucose, ipotensione, tachicardia, oliguria. Accesso venoso, reidratazione graduale, monitoraggio idroelettrolitico.

## 5.4 Burnout del Personale Infermieristico

Lavorare con pazienti con DCA espone a un elevato rischio di burnout professionale. Le caratteristiche della patologia — cronicità, recidive frequenti, mortalità, difficile alleanza terapeutica — possono generare senso di impotenza e frustrazione. Strategie di prevenzione raccomandate:

- Supervisione clinica individuale e di gruppo con cadenza regolare
- Rotazione programmata dei pazienti più complessi all'interno del team
- Formazione specifica sui DCA con aggiornamento continuo
- Promozione di un clima organizzativo aperto alla condivisione delle difficoltà
- Riconoscimento istituzionale della complessità del lavoro nei DCA

## 6. Aspetti Etici e Legali

### 6.1 Consenso Informato e Trattamento Obbligatorio

Il trattamento dei DCA si basa sul principio del consenso informato. Tuttavia, nei casi di anoressia nervosa grave con rischio per la vita, si può porre il problema della capacità decisionale del paziente. In Italia, il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) ai sensi della L. 833/1978 può essere attivato in presenza di alterazioni psichiche gravi, rifiuto del trattamento volontario e necessità di interventi urgenti. Il TSO in ambito psichiatrico riguarda il ricovero in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura); l'applicazione ai DCA rimane un'area eticamente complessa, oggetto di dibattito clinico e giuridico.

L'infermiere deve essere a conoscenza delle procedure aziendali e locali, documentare accuratamente le valutazioni cliniche e comunicare tempestivamente al medico qualsiasi situazione che possa richiedere una rivalutazione della capacità decisionale del paziente.

### 6.2 Tutela della Dignità del Paziente

La tutela della dignità del paziente con DCA impone standard assistenziali specifici:

- La pesata deve avvenire in condizioni standardizzate e in modo rispettoso, senza commenti sulla variazione del peso

- L'osservazione durante e dopo i pasti deve essere condotta con discrezione, senza fare sentire il paziente 'sorvegliato' o punito
- Le misure di supervisione dei bagni devono essere discusse apertamente con il paziente, spiegate nelle loro motivazioni cliniche e documentate
- Il corpo del paziente non deve essere oggetto di osservazione o commento al di fuori di quanto clinicamente necessario

### 6.3 Confidenzialità e Comunicazione con i Familiari

La gestione delle informazioni è un tema particolarmente delicato nei DCA. I familiari spesso rappresentano un pilastro del supporto terapeutico, ma la comunicazione con loro deve rispettare il diritto alla riservatezza del paziente adulto. In linea generale:

- Il paziente adulto ha diritto alla riservatezza: i familiari possono essere informati solo con il consenso esplicito del paziente
- Per i minori, i genitori/tutori hanno diritto all'informazione, fatte salve le disposizioni specifiche sulla tutela dei minori
- Il coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico (family therapy, psicoeducazione familiare) è raccomandato dalle linee guida NICE, ma deve essere concordato con il paziente
- L'infermiere non deve condividere informazioni cliniche con i familiari al di fuori del piano di cura formalizzato

## 7. Conclusioni

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano una sfida clinica complessa che richiede all'infermiere conoscenze aggiornate, competenze relazionali avanzate e capacità di lavorare in modo integrato all'interno di un team multidisciplinare. La comprensione dei meccanismi fisiopatologici, dei criteri diagnostici e delle complicanze mediche consente di orientare l'osservazione assistenziale in modo mirato e di intervenire tempestivamente nelle situazioni di rischio.

Tuttavia, la competenza tecnica da sola non è sufficiente: la cura dei pazienti con DCA richiede la capacità di costruire una relazione terapeutica fondata sull'empatia, la coerenza e il rispetto della persona, anche quando il paziente oppone resistenza o manifesta comportamenti che mettono a dura prova la pazienza e la professionalità dell'operatore.

La formazione specifica e continua, la supervisione clinica e il lavoro d'équipe non sono optional ma componenti essenziali di un'assistenza infermieristica di qualità in questo ambito. Investire nella preparazione del personale infermieristico sui DCA significa investire nella salute di una delle popolazioni più vulnerabili e spesso meno visibili del sistema sanitario.

### Messaggi chiave per l'infermiere

- ✓ I DCA sono patologie gravi con elevata mortalità: non sottovalutare mai i segni di allarme fisici
- ✓ La negazione e la resistenza sono sintomi del disturbo, non ostacoli personali al tuo lavoro
- ✓ La coerenza e la prevedibilità del team sono strumenti terapeutici fondamentali
- ✓ Monitora gli elettroliti e l'ECG durante la rialimentazione: la sindrome da refeeding è prevenibile

✓ Prenditi cura di te: la supervisione e il debriefing non sono un lusso ma una necessità professionale

✓ La dignità del paziente è inviolabile: ogni azione assistenziale deve rispettarla

## Riferimenti Principali

---

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington DC: APA, 2022.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. NICE Guideline NG69. London: NICE, 2020 (updated 2024).
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Disturbi del Comportamento Alimentare. Epicentro – Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Roma: ISS.
- Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute: Appropriatelyzza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Roma, 2013.
- Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Terza edizione. Trento: Erickson, 2014.
- Attia E, Walsh BT. Anorexia Nervosa. American Journal of Psychiatry, 2007; 164(12): 1805-1810.
- Mehler PS, Andersen AE. Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications. Third Edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017.

*Documento a scopo formativo e informativo. Non sostituisce le linee guida istituzionali aziendali.*