

LOCKDOWN DENTRO IL LOCKDOWN: PERCEZIONE DELLA SITUAZIONE DI EMERGENZA SANITARIA COVID-19 IN UN REPARTO DI RIABILITAZIONE PSICONUTRIZIONALE PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Chiara Cazzola², Roberta Castegnaro³, Francesca Buscaglia⁴, Enrica Bucci⁵, Anna Pillan⁶, Elisa Bonello⁷, Patrizia Todisco¹

Unità Funzionale per i Disturbi dell'Alimentazione, Casa di Cura "Villa Margherita", via Costacolonna 20, Arcugnano, VI, Italy

¹ patrizia.todisco1964@gmail.com

² chiaracazzolavi@gmail.com

³ rcastegnaro@gmail.com

⁴ f.buscaglia79@gmail.com

⁵ enrica.bucci@gmail.com

⁶ anna.pillan@gmail.com

⁷ elisa.bonello2003@gmail.com

Corrispondenza

E-mail: patrizia.todisco1964@gmail.com

Riassunto

La pandemia da SARS-CoV-2 (COVID-19), iniziata a febbraio 2020, ha comportato rallentamenti o interruzioni nell'erogazione dei servizi di cura, anche per le persone con Disturbi dell'Alimentazione (DA). In questo periodo di emergenza sanitaria, tuttavia, i DA non hanno rallentato la loro diffusione e si sono semmai esacerbati (Rodgers et al., 2020; Fernández-Aranda et al., 2020). La percezione di perdita di controllo sulla propria esistenza ha portato le persone a rischio, o che già soffrivano di queste patologie, a tentare di controllare in modo ancor più rigido e perfezionistico aspetti come cibo, peso e corpo (Todisco & Donini, 2020).

L'Unità Funzionale per i DA (U-DA) di Villa Margherita, rimanendo operativa su tutti i livelli di trattamento (ricovero e Day Hospital), ha rappresentato una risorsa per diversi Servizi di cura per queste patologie, sia privati che pubblici. L'équipe dell'U-DA si è proposta di indagare i vissuti di pazienti e dei componenti dell'équipe multidisciplinare relativi alla pandemia da COVID-19 all'interno dell'Unità riabilitativa. Durante la seconda settimana di Fase 1 del confinamento stabilito dal Governo italiano, sono state elaborate e somministrate a tutti i pazienti e ai componenti dell'équipe multidisciplinare in servizio nell'U-DA, 5 domande aperte costruite ad hoc. Hanno risposto, in forma volontaria e anonima, 16 pazienti e 15 membri dell'équipe multidisciplinare. Il campione è stato suddiviso in 3 gruppi: pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario (Pz Rep); pazienti ricoverati in regime di Day-Hospital (Pz Dh); équipe multidisciplinare (Eq) e le risposte a ogni domanda sono state valutate in termini di frequenza.

Le risposte ottenute sembrano indicare che la condizione di ricovero (ordinario e in day-hospital) nei due gruppi di pazienti (Pz Rep e Pz Dh) abbia indotto un senso di protezione sia dagli avvenimenti legati alla pandemia sia dal contesto di vita, determinando una percezione parziale del pericolo. Per quanto riguarda le risposte dell'équipe, sono stati riportati paura di essere fonte di contagio e bisogno di difendersi da una sovraesposizione alle informazioni legate alla pandemia.

Questa indagine è stata un'occasione di riflessione sul funzionamento di pazienti con DA durante

DOI: 10.36131/COGNCL20200207

SOTTOMESSO 7 DICEMBRE 2020, ACCETTATO 11 GENNAIO 2021

l'emergenza da COVID-19, in particolare all'interno di una struttura riabilitativa, ma anche sulla resilienza dei componenti dell'équipe multidisciplinare. Le considerazioni che ne sono scaturite possono rappresentare uno stimolo di riflessione per tutti i professionisti che si occupano a vario titolo di queste patologie.

Parole chiave: COVID-19, emergenza sanitaria, disturbi dell'alimentazione, équipe multidisciplinare, trattamento specialistico, resilienza, unità per i disturbi dell'alimentazione

LOCKDOWN INSIDE THE LOCKDOWN: COVID-19 HEALTH EMERGENCY PERCEPTION IN A SPECIFIC MULTIDISCIPLINARY EATING DISORDER UNIT

Abstract

The SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic, started in February 2020, entailed slowdowns and interruptions in the emanation of the care services, for people with Eating Disorders too. In this period of health emergency, Eating Disorders (ED) didn't slow down their diffusion and sometimes they intensified. The perception of losing control over their own existence took people at risk, or already suffering from these diseases, to attempt to control some aspects of their life, like food, weight and body, in a more strong and perfectionistic way. The Unity for Eating Disorders (U-ED) at Villa Margherita, went on with the treatments at all levels (hospitalization and day-hospital) and represented a resource for different care Services for these diseases, both private and public. The U-ED équipe intended to investigate patients' and therapists' experiences during COVID-19 pandemic inside the Unit. A set of 5 open questions designed ad hoc was prepared and administered to all the patients and the members of the multidisciplinary équipe during the second week of the lockdown Phase 1 established by the Italian Government. 16 patients and 15 members of the multidisciplinary équipe answered anonymously and voluntarily. The sample was divided into 3 groups (inpatients, day-hospital patients and multidisciplinary équipe) and each answer was analysed in terms of frequency.

The answers received seem to indicate that the condition of hospitalization made patients (both inpatients and day-hospital patients) feel a sense of protection against pandemic events and life-events, so that they had a partial perception of the danger associated with the pandemic. The answers of the équipe reported the fear to be source of infection and the need to defend against overexposure to information on pandemic.

The answers were an opportunity to reflect on ED patients' functioning during COVID-19 emergency, in particular of patients treated in a rehabilitation Unit, but also on the resilience of the multidisciplinary équipe. The emerged considerations may represent an occasion of reflection for all professionals who deal with these diseases in various ways.

Key words: COVID-19, health emergency, eating disorders, multidisciplinary équipe, specialistic treatment, resilience, eating disorder unit

La pandemia da SARS-CoV-2 (COVID-19), iniziata in Cina a dicembre 2019, sta avendo molte ripercussioni sulla salute pubblica (Onder et al., 2020). A marzo 2020 il numero di contagiati nel mondo ha superato le 500.000 persone (World Health Organization, 2020), spingendo il governo di molte nazioni, tra cui l'Italia, a cercare di contenere la diffusione.

Il 31 gennaio 2020 il Governo italiano ha dichiarato lo Stato di emergenza; il 23 Febbraio sono state chiuse le scuole di ogni ordine e grado, vietati gli spostamenti dai comuni dove erano presenti focolai di COVID-19 e sospese manifestazioni ed eventi in tutto il territorio nazionale; l'11 marzo è stata ordinata la chiusura di tutte le attività commerciali non di prima necessità e poco dopo anche le attività produttive non essenziali o strategiche. Sono stati vietati, inoltre, tutti gli spostamenti se non per esigenze lavorative o di comprovata necessità. Con il passare delle

settimane le misure per contrastare il diffondersi del contagio da coronavirus sono state prorogate fino al 3 maggio (Ministero della Salute, 2020). Questo periodo, denominato *lockdown* di Fase 1, ha implicato che le persone dovessero interrompere l'usuale attività lavorativa, facilitando, dove possibile, lo *smart working*, restare a casa (*#iorestoacasa*), sospendere tutte le attività ludico-sportive e sociali, confinandosi in ambienti domestici solitari o con spazi non adeguati al nucleo familiare.

La limitazione nei movimenti, la paura del contagio e di poter perdere i propri cari, la precarietà economica e lavorativa hanno creato molti vissuti di incertezza (Taylor et al., 2020; Rodgers et al., 2020). L'isolamento forzato, infatti, è connesso non solo a sentimenti di solitudine ma anche a emozioni quali noia, ansia, tristezza e rabbia. Il distanziamento sociale è reputato contro la natura umana (Brooks et al., 2020; Touyz et al., 2020) e può essere considerato traumatico (Miller, 2020). È noto poi che gli eventi traumatici incidono sulla salute mentale delle persone sia in senso individuale che collettivo (Van der Kolk, 2016); in effetti, nelle zone dell'Italia particolarmente colpite dal virus, il trauma ha coinvolto la collettività (Brooks et al., 2020; Senni, 2020).

Le conseguenze politiche, sociali ed economiche dell'emergenza COVID-19 saranno complesse così come l'impatto sulla salute mentale (Cullen et al., 2020). Le persone che soffrono di patologie psicologico-psichiatriche rappresentano una fascia della popolazione particolarmente in difficoltà e lo è diventata ancora di più quando, a causa della pandemia, sono stati sospesi o limitati gli accessi ai servizi di cura ai casi di estrema necessità (Fiorillo & Gorwood, 2020; D'Agostino et al., 2020). Alcuni studi preliminari hanno evidenziato come siano aumentati nella popolazione generale disturbi mentali e neurologici quali ansia, depressione, disturbi del sonno, ossessioni e compulsioni (Carvalho et al., 2020) e in Asia, da dove l'emergenza COVID-19 è iniziata, è stato rilevato un aumento della prevalenza del Disturbo Post Traumatico da Stress (Liu et al., 2020).

Vari autori hanno ipotizzato che l'attuale pandemia possa avere una ricaduta negativa sui pazienti con un disturbo dell'alimentazione (DA) (Fernández-Aranda et al., 2020; Touyz et al., 2020; Todisco & Donini, 2020), che possono avere ancor più bisogno della continuità delle cure anche in conseguenza delle misure di contenimento stabilite dai protocolli di sicurezza relativi a COVID-19.

I DA sono sindromi multidimensionali complesse, caratterizzate da un deficit pervasivo nell'auto-regolazione non solo dell'assunzione di cibo ma anche di emozioni, cognizioni e sensazioni corporee (Ruggiero & Sassaroli, 2014; Adenzato et al., 2012).

L'isolamento, l'interruzione delle abituali routine, il diverso accesso ai supermercati e all'attività fisica, imposti dall'emergenza sanitaria COVID-19, hanno richiesto a tutta la popolazione di incrementare la propria flessibilità nell'auto-regolazione, abilità solitamente compromessa nei pazienti con DA (Tchanturia et al., 2011; Perpiñá et al., 2017).

Il distanziamento sociale ha favorito l'evitamento delle relazioni vis-à-vis considerate fonte di disagio per chi vive sentimenti di indegnità e teme il giudizio altrui, come spesso accade in queste patologie (Dalle Grave, 2020). Inizialmente l'evitamento può essere vissuto come un fattore protettivo, ma successivamente potrebbe tendere a consolidare credenze disfunzionali su di sé aumentando il timore del giudizio e diminuendo le abilità sociali (Sassaroli et al., 2006; Vinai & Todisco, 2007). La psicopatologia alimentare è spesso associata alla difficoltà a riconoscere, mentalizzare e verbalizzare gli stati emotivi (Marra et al., 2010; Rigamonti & Todisco, 1996; Todisco, 2018): l'alessitimia può portare questi pazienti a confondere una vasta gamma di emozioni con sensazioni di disagio corporeo, soprattutto connesse a peso e

aspetto fisico. Anche le complesse emozioni connesse al *lockdown* potrebbero essere etichettate erroneamente e intensificare la sintomatologia alimentare.

L'essere costretti a rimanere a casa per lunghi periodi ha incrementato il tempo impiegato con i *social media* (Pearl, 2020) e nelle persone a rischio di sviluppare disturbi dell'alimentazione questo può favorire l'esacerbazione dell'oggettivazione del corpo e del disagio corporeo (Riva, 2012).

Considerata la gravità delle patologie psicologico-psichiatriche, le indicazioni ministeriali italiane in Fase 1 definivano tra i servizi essenziali da garantire quelli erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), variando tuttavia i tempi per l'accesso e l'intensità di cura per poter garantire la sicurezza di utenti e personale. In tutto il mondo è stato introdotto un nuovo modo di offrire i trattamenti e di integrare le strategie e le procedure standard per affrontare la psicopatologia del DA (Carvalho et al., 2020; Hong et al., 2020). Nell'attuale pandemia raggiungere le persone con un disturbo dell'alimentazione può essere ancora più impegnativo che in circostanze non di crisi poiché, comprensibilmente, gran parte dell'attenzione è focalizzata sulla gestione di COVID-19 (Touyz et al., 2020; Weissman et al., 2020). Alcuni servizi sono stati persino chiusi o riassegnati alle cure correlate a COVID-19. Il proseguimento dei programmi ambulatoriali è stato messo in discussione intorno al mantra #iorestoacasa.

In questo momento di emergenza sanitaria, l'Unità Funzionale per i DA (U-DA) di Villa Margherita, rimanendo operativa su tutti i livelli di cura, ha rappresentato una risorsa per i diversi Servizi che non hanno potuto erogare assistenza a causa della chiusura o della riduzione degli accessi. Il proseguimento dell'attività clinica dell'U-DA ha dato respiro agli invianti e l'U-DA stessa è diventata un guscio protettivo per i pazienti che hanno potuto continuare le cure in un ambiente protetto.

Le modalità di svolgimento del programma terapeutico dell'Unità sono state adattate ai protocolli sanitari, per tutelare la sicurezza dei pazienti e del personale. I percorsi di ricovero e DH sono stati nettamente separati. Oltre alle regole di distanziamento e di igienizzazione degli ambienti, sono stati inseriti alcuni Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come le mascherine chirurgiche. Il personale presente durante la riunione settimanale di équipe è stato contingentato e lo svolgimento dei gruppi è stato spostato in spazi più ampi e idonei al distanziamento interpersonale. La politica di protezione della Casa di Cura nei confronti del contagio da SARS-CoV-2 ha portato alla necessità di interrompere tutti i tirocini, di sospendere le visite esterne da parte dei familiari e i permessi di uscita ai pazienti; le visite di congruità al ricovero e i controlli sono stati effettuati unicamente per via telematica. Questi cambiamenti organizzativi hanno inciso su alcuni degli aspetti fondamentali del percorso di riabilitazione psico-nutrizionale: la mancata visita del reparto durante le valutazioni di congruità ha fatto sì che i pazienti entrassero nell'U-DA con molte più paure o aspettative non realistiche; la sospensione delle visite dei familiari e dei permessi di uscita ha impedito di lavorare sulle relazioni familiari in vivo oltre a impedire una graduale sperimentazione con l'esterno e della tenuta dei cambiamenti sintomatici ottenuti nell'U-DA.

Sono stati, inoltre, sospesi gli ingressi di nuovi pazienti al percorso in regime di Day-Hospital, con conseguente riduzione del numero di utenti trattati contemporaneamente. È avvenuto altrettanto in regime di ricovero ordinario, dove i posti letto del reparto sono stati ridotti a 18 (due in meno) per rendere disponibile una stanza per l'eventualità di dover isolare pazienti con sintomatologia sospetta.

Il reparto, oltre ad aver attuato cambiamenti organizzativi secondari ai protocolli sanitari,

si è modificato sulla base delle nuove esigenze territoriali insorte: la chiusura o la riduzione dell'attività dei Servizi territoriali per i DA, soprattutto del Nord-Italia, ha comportato un aumento dei ricoveri presso la nostra Unità in urgenza (per grave compromissione medico-internistica o psichiatrica) o il posticipo delle dimissioni per l'impossibilità di garantire il proseguimento delle cure presso i Servizi di provenienza.

I profondi cambiamenti, interni ed esterni, avvenuti in seguito all'emergenza COVID-19 hanno spinto l'équipe multidisciplinare dell'U-DA di Villa Margherita a interrogarsi sul possibile impatto che questi potevano aver avuto su pazienti e personale. L'idea di condurre un'indagine esplorativa è insorta dalla consapevolezza dell'esistenza di preoccupazioni ed emozioni scarsamente mentalizzate nei pazienti con DA (Kuipers et al., 2017). Nei diversi momenti terapeutici individuali e di gruppo i componenti dell'équipe hanno notato nei pazienti un'apparente inconsapevolezza della gravità dell'emergenza sanitaria e di quello che stava accadendo all'esterno della casa di cura: questo poteva dipendere sia dalla psicopatologia specifica e generale, ma anche dalla capacità dei componenti dell'équipe di fornire protezione e mantenere invariato l'atteggiamento di cura. L'équipe ha avuto il ruolo di fungere da ponte tra il "fuori e il dentro", essendo essa stessa coinvolta in una situazione nuova e ansiogena con possibili ricadute sullo stato emotivo dei componenti dell'équipe e, di conseguenza, sulla loro attività terapeutica. Sono state elaborate ad hoc cinque domande con l'obiettivo di evidenziare i vissuti dei pazienti e dell'équipe multidisciplinare legati alla pandemia e all'introduzione di un protocollo di sicurezza. L'ipotesi di partenza è stata che l'emergenza sanitaria potesse provocare dei cambiamenti nel percorso di cura, ovvero interferire sul lavoro terapeutico rivolto al trattamento del DA.

L'obiettivo di indagare questi temi è nato dall'esigenza di una maggiore consapevolezza e condivisione all'interno dell'équipe dell'U-DA di Villa Margherita di ciò che la Fase 1 dell'emergenza COVID-19 ha comportato nel nostro ambito di lavoro, ma anche come spunto di riflessione e confronto con quanti si occupano di DA.

Materiali e metodi

Trattamento – L'Unità Funzionale di Riabilitazione Psico-nutrizionale per i Disturbi dell'Alimentazione (U-DA) della Casa di Cura "Villa Margherita" ad Arcugnano (VI), è costituita da un reparto ospedaliero gestito da un'équipe multidisciplinare di specialisti in cui è possibile effettuare trattamenti in regime di ricovero ordinario (20 posti letto) e di ricovero diurno (Day Hospital, in media 10 pazienti al giorno), in convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale.

Il programma integra la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. I due percorsi di Ricovero ordinario e Day Hospital (DH) condividono parti del programma di cura e delle attività settimanali (a es. alcuni gruppi tenuti da psicologi, medici e dietisti). L'obiettivo è favorire il recupero di condizioni fisiche e psicologiche adeguate attraverso l'assunzione di responsabilità da parte del paziente che diventa protagonista di ogni scelta terapeutica in un'ottica di collaborazione e fiducia.

La valutazione di congruità al ricovero, primo approccio all'U-DA, viene svolta quando la gravità a livello fisico e/o psicologico-psichiatrico e/o socio-ambientale impedisce un lavoro efficace in percorsi di minore intensità come quello ambulatoriale. Un livello di comorbilità medico-psichiatrica e una compromissione psicofisica che impatta la qualità di vita e le relazioni interpersonali, infatti, richiedono un trattamento riabilitativo specifico come quello svolto presso l'U-DA. I pazienti valutati con caratteristiche congrue per il ricovero in regime ordinario o in

day-hospital sono posti in lista d'attesa e quindi ricoverati secondo la disponibilità di posti-letto.

Campione – I pazienti ricoverati presso l'U-DA che hanno risposto alle domande di questo studio sono stati diagnosticati durante la prima visita di valutazione, preliminare al ricovero, come affetti da uno specifico DA secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) da uno psichiatra esperto (PT) e sottoposti, all'ingresso e a tempi prestabiliti, a una batteria di test autosomministrati volti a indagare caratteristiche specifiche di questi disturbi e la psicopatologia generale associata. I risultati di questi test self-report non sono stati analizzati in questa indagine.

Durante la seconda settimana della Fase 1 del confinamento stabilito dal Governo italiano sono stati proposti 5 quesiti a 24 pazienti ricoverati nell'U-DA sia in regime di ricovero ordinario sia diurno. Hanno risposto 16 pazienti (15 femmine e 1 maschio), di cui 6 del Day Hospital [3 pazienti affetti da Anoressia Nervosa sottotipo bulimico-purgativo (ANbp), 3 con Bulimia Nervosa (BN); età media 23,5 anni, range 19-45 anni] e 10 del reparto in regime di ricovero ordinario [2 con Anoressia Nervosa sottotipo restrittivo (ANR), 2 ANbp, 5 BN, 1 affetta da Disturbo da Binge-Eating (BED); età media 22,8 anni; range 16-40 anni]. L'indagine era su base volontaria e 8 pazienti (33%) non hanno risposto.

Le stesse domande poste ai pazienti sono state rivolte ai componenti dell'équipe multidisciplinare dell'U-DA; hanno risposto 15 persone (medici, psicologi, dietisti, infermieri; 14 femmine e 1 maschio) con età media di 38,7 anni (range 26-56 anni).

Strumenti – Per indagare i vissuti di pazienti ed équipe riguardo i cambiamenti organizzativi ed emotivi avvenuti all'interno dell'U-DA in seguito all'emergenza COVID-19 è stato costruito uno strumento ad hoc composto da 5 domande a risposta aperta. Partendo dall'osservazione clinica, ogni membro dell'équipe ha elaborato due domande che potessero far verbalizzare ciò che individualmente stava osservando. Sono stati prodotti trenta quesiti dai quali sono stati selezionati i 5 definitivi. La scelta è stata fatta da uno psicologo e uno psichiatra esperti, utilizzando criteri di appropriatezza nell'indagare i vissuti conseguenti ai cambiamenti connessi all'emergenza COVID-19. I quesiti definitivi proposti a pazienti ed équipe multidisciplinare sono i seguenti:

- Quali cambiamenti organizzativi ha notato e come li ha vissuti?
- Il COVID-19 quali paure attiva in lei per sé e/o per gli altri?
- In rapporto alla specifica situazione dell'emergenza sanitaria per il COVID-19, in che modo e quanto l'ambiente esterno (famiglia, telegiornale, terapeuti, ecc.) ha influenzato o sta influenzando i suoi pensieri/emozioni/paure/sogni/ desideri/comportamenti?
- I pensieri, le emozioni, i temi che per lei sono importanti e le stanno a cuore sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, quali sono ora?
- I temi/gli argomenti da lei portati all'interno dei diversi momenti terapeutici sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, come sono cambiati?

Lo studio ha ricevuto il consenso da parte del comitato di revisione interno della Casa di Cura come parte integrante della valutazione diagnostico-clinica del programma terapeutico dell'Unità Funzionale di Riabilitazione psico-nutrizionale per i DA (U-DA).

I dati raccolti sono stati valutati in termini di frequenza di risposta per ogni singolo tema.

Le risposte sono state raggruppate come segue: 1) risposte dei pazienti del reparto ricoverati in regime di ricovero ordinario (Pz Rep); 2) risposte dei pazienti ricoverati in regime di Day-Hospital (Pz Dh); 3) risposte dell'équipe multidisciplinare (Eq).

Risultati

Alla prima domanda – *Quali cambiamenti organizzativi ha notato e come li ha vissuti?* – quasi tutti i pazienti hanno riportato di aver notato nell’U-DA: l’uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) (es. mascherine, cuffie per capelli), la sanificazione degli ambienti e l’utilizzo di spazi più adeguati al distanziamento. Solo un paziente del reparto in regime di ricovero ordinario su 10 (10%) non ha notato alcun cambiamento. I DPI sono stati vissuti, in generale, come utili, tutelanti e rassicuranti. Un paziente ha espresso difficoltà a tollerare la sospensione delle visite dall’esterno di parenti e amici, visite che solitamente sono possibili a partire dalla quarta settimana di ricovero. Quasi tutte le pazienti del DH (4/6; 67% Pz Dh) hanno riferito una iniziale difficoltà nella gestione delle distanze di sicurezza che ha fatto percepire un’apparente freddezza (distanza emotiva), a cui poi si sono abituate.

L’équipe multidisciplinare, nelle risposte alla prima domanda, ha sottolineato la riorganizzazione del planning settimanale delle attività con i pazienti (8/15; 53% Eq), del setting terapeutico (6/15; 40% Eq) e delle riunioni di équipe (12/15; 80% Eq).

Nella **tabella 1** vengono riportate alcune delle risposte più significative alla domanda 1.

Tabella 1. Risposte alla domanda 1

DOMANDA 1	RISPOSTE
Quali cambiamenti organizzativi ha notato e come li ha vissuti?	<i>“Sicuramente le mascherine del personale e nostre, le distanze, il fare gruppi separati per non essere in molti; li ho comunque vissuti come una protezione nei nostri confronti” (Pz Rep)</i>
	<i>“Sto convivendo con questi cambiamenti ma non ho ancora capito bene cosa stia accadendo all'esterno”. (Pz Rep)</i>
	<i>“Gruppi divisi tra DH e reparto, personale e medici con mascherina, rispetto delle distanze di sicurezza soprattutto durante il giro medico. All’inizio ha reso tutto più impersonale poi mi sono abituata”. (Pz Dh)</i>
	<i>“La sensazione è quella che questi cambiamenti abbiano un po’ distanziato curanti-pazienti, ma anche curanti-curanti, rendendo meno accessibile il non verbale delle persone”. (Eq)</i>

Per quanto riguarda la seconda domanda – *Il COVID-19 quali paure attiva in lei per sé e/o per gli altri?*: 9 su 10 pazienti del reparto in regime di ricovero ordinario (90% Pz Rep) hanno espresso una preoccupazione non tanto per la propria salute, piuttosto solo per quella dei familiari che erano all’esterno; due pazienti (20% Pz Rep), però, temevano che l’U-DA potesse essere isolata a seguito di un contagio.

Nove su 10 pazienti del Day Hospital (90% Pz Dh) si sono dichiarate poco coinvolte dalla situazione se non rispetto alla salute dei familiari; alcune di loro (3/6; 50% Pz Dh), inoltre, si sono dichiarate apatiche, poco connesse alla reale gravità della situazione e hanno manifestato

timore per il possibile peggioramento dei sintomi alimentari e dell'evitamento sociale.

I componenti dell'équipe multidisciplinare hanno risposto esprimendo consapevolezza dell'emozione di paura, soprattutto legata al timore di essere fonte di contagio per gli altri (13/15; 87% Eq) e anche una visione più ampia del problema COVID-19 coinvolgente la sfera socio-politica e le modalità relazionali in genere (2/15; 13% Eq): "... paura dei cambiamenti della società, della politica e del nostro abituale modo di relazionarci". La **tabella 2** riporta alcune risposte esemplificative al quesito 2.

Tabella 2. Risposte alla domanda 2

DOMANDA 2	RISPOSTE
Il COVID-19 quali paure attiva in lei per sé e/o per gli altri?	<i>"Per me non ho molta paura. Mi preoccupo molto della salute fisica e mentale di mia madre"</i> (Pz Rep)
	<i>"Mi sento particolarmente apatica a riguardo, l'unica paura che ho è che tocchi i miei cari. Ovviamente ho paura che questo alimenti la mia chiusura sociale e che non potrò sfogare i miei sintomi perché perennemente bloccata e controllata".</i> (Pz Dh)
	<i>"Oltre alla paura di essere una possibile fonte di contagio ho sentito il timore di essere meno efficace/rassicurante nella relazione con i pazienti".</i> (Eq)

Alla terza domanda – *In rapporto alla specifica situazione dell'emergenza sanitaria per il COVID-19, in che modo e quanto l'ambiente esterno (famiglia, telegiornale, terapeuti, ecc.) ha influenzato o sta influenzando i suoi pensieri/ emozioni/ paure/ sogni/ desideri/ comportamenti?* – la maggior parte dei pazienti del reparto in regime di ricovero ordinario (7/10; 70% Pz Rep) ha dato risposte denotanti distacco emotivo dagli eventi esterni "personalmente cerco di non pensare a ciò che succede fuori perché così posso concentrarmi meglio sul mio percorso a Villa Margherita", "tendo a sminuire e a sottovalutare l'emergenza per non stravolgere i miei sogni e alimentare le mie paure". Altri pazienti hanno riportato interesse e desiderio di comprendere tutte le notizie provenienti dall'esterno (2/10; 20% Pz Rep); una paziente (10% Pz Rep) ha riconosciuto di essere esageratamente preoccupata e di controllare in modo eccessivo la salute dei propri familiari.

Alcuni pazienti del Day Hospital (4/6; 67% Pz Dh) hanno riportato sensibilità all'impatto della realtà attuale: "l'ambiente esterno sta influenzando molto i miei pensieri, emozioni, paure, sogni... non vedo una via d'uscita a causa anche della continua posticipazione di una data di fine quarantena". Altri pazienti (2/6; 33% Pz Dh) hanno espresso fastidio per il maggior controllo e la presenza invasiva da parte del proprio contesto familiare. L'équipe ha risposto alla domanda riferendo le diverse strategie adottate per proteggersi dal clima di incertezza e dall'"infodemia", termine coniato per definire il pericolo di disinformazione (Cinelli et al., 2020; Zarocostas, 2020): filtrare le notizie (12/15, 80% Eq) e distanziare i pensieri negativi (4/15, 27% Eq).

Nella **tabella 3** alcune delle risposte ottenute alla terza domanda.

Tabella 3. Risposte alla domanda 3

DOMANDA 3	RISPOSTE
<p>In rapporto alla specifica situazione dell'emergenza sanitaria per il COVID-19, in che modo e quanto l'ambiente esterno (famiglia, telegiornale, terapeuti, ecc.) ha influenzato o sta influenzando i suoi pensieri/emozioni/paure/sogni/desideri/comportamenti?</p>	<p><i>“Non mi faccio influenzare su cose che sento lontane da me, mio moroso me ne parla lo lascio sfogare ma poi lo rassicuro e quando sento che è troppo, lo fermo e cerco di dirglielo” (Pz Rep)</i></p>
	<p><i>“La mia vita è rimasta praticamente invariata, non uscivo nemmeno prima, anzi, ora non devo inventare scuse per non vedere le persone”. (Pz Dh)</i> <i>“Sono più controllata ma almeno ora non ho bisogno di scuse per evitare le situazioni sociali che preferirei evitare. Tutti mi dicono che devo stare attenta che sono un soggetto a rischio ma a me ciò non tocca”. (Pz Dh)</i></p>
	<p><i>“Purtroppo l'ambiente esterno aumenta la paura e le incertezze rispetto al futuro. Il raccontarsi e poter condividere sia con i familiari sia con i colleghi aiuta a vedere le cose da diverse prospettive e permette di ridurre l'ansia”. (Eq)</i></p>

Le risposte alla quarta domanda – *I pensieri, le emozioni, i temi che per lei sono importanti e le stanno a cuore sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, quali sono ora?*- sono state, per la maggior parte dei pazienti del reparto in regime di ricovero ordinario (7/10, 70% Pz Rep), negative rispetto al cambiamento dei propri aspetti cognitivo-emozionali e di interesse, fatta eccezione per l'aumento della preoccupazione per i familiari: “emozioni e temi sicuramente non mutati, al contrario sono parecchio aumentati i pensieri e le preoccupazioni verso la mia famiglia”. Un solo paziente ha riferito maggiore ansia per il futuro. In Day-Hospital le risposte hanno dimostrato preoccupazione per l'aggravarsi del senso di solitudine (4/6, 67% Pz Dh) e dei sintomi alimentari (1/6, 16% Pz Dh). Alcuni componenti dell'équipe (6/15; 40% Eq) hanno risposto dichiarando di aver riscoperto due risorse di adattamento: flessibilità e creatività. Altri (9/15; 60% Eq) hanno palesato la mancanza degli affetti più cari e delle relazioni sociali. In generale, tra i componenti dell'équipe pensieri, emozioni e temi importanti sono rimasti sostanzialmente invariati, a eccezione di un maggiore investimento sulla salute.

La **tabella 4** esemplifica alcune risposte alla domanda 4.

All'ultima domanda – *I temi/gli argomenti da lei portati all'interno dei diversi momenti terapeutici sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, come sono cambiati?* – i pazienti non hanno evidenziato cambiamenti delle tematiche affrontate durante il percorso. Due pazienti del reparto in regime di ricovero ordinario su dieci (20% Pz Rep) hanno rilevato un incremento dell'ansia dovuto alla situazione di emergenza. Una sola paziente (10%) ha espresso un maggior possibile investimento nelle dinamiche future a casa: “Mi verrebbe più da parlare su come avvicinarmi al mondo adulto una volta uscita da Villa Margherita”.

Anche nel gruppo di pazienti del DH la maggior parte delle risposte alla domanda 5 concordava

sull'assenza di cambiamenti nei temi affrontati nel programma di cura (5/6; 83% Pz Dh). Tre pazienti su sei hanno espresso preoccupazione verso le misure di contenimento che avrebbero dovuto osservare una volta dimessi. Nelle risposte date dai pazienti il vissuto di impotenza non viene completamente riconosciuto e in alcuni di loro si trasforma in un incremento della rabbia e del senso di ingiustizia nei confronti della trasgressione alle norme igienico sanitarie perpetrata da altri (2/6; 33% Pz Dh).

Tabella 4. Risposte alla domanda 4

DOMANDA 4	RISPOSTE
<p>I pensieri, le emozioni, i temi che per lei sono importanti e le stanno a cuore sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, quali sono ora?</p>	<p><i>"Non particolarmente, il mio pensiero dominante è comunque legato al cibo e alla patologia" (Pz Rep)</i></p>
	<p><i>"Arrivo da mesi di vuoto seguiti dal ricovero quindi è come se si trattasse di un ripartire da zero alla fine di tutto ciò, e questo mi fa paura perché c'è il rischio che io mi chiuda del tutto a causa della quarantena e non riesca più a ripartire" (Pz Dh)</i></p>
	<p><i>"Sono peggiorati i pensieri ossessivi sul cibo, crescendo notevolmente la paura di non avere disponibilità di cibo, o di poter fare iperattività senza essere fuorigiughe. Mi sono inutilmente caricata di un'altra paura" (Pz Dh)</i></p>
	<p><i>"Ciò che è importante per me non è cambiato molto nella sostanza ma a volte nella forma. Ora, a esempio, ho scoperto una possibilità di poter essere più elastica e creativa riguardo al setting terapeutico anche se penso ancora sia un aspetto cruciale". (Eq)</i></p>
	<p><i>"A livello lavorativo si sente una limitazione della relazione a causa del distanziamento sociale e quindi la mia attenzione si focalizza maggiormente su strategie comportamentali di adattamento". (Eq)</i></p>

La maggior parte degli operatori dell'équipe (10/15; 67% Eq) non ha riportato particolari cambiamenti negli argomenti affrontati in terapia. Soltanto il gruppo dietiste ha osservato delle differenze, in particolare nei momenti dedicati all'organizzazione dei pasti all'esterno della struttura per i pazienti del DH. La **tabella 5** riporta alcuni esempi di risposte all'ultima domanda.

Tabella 5. Risposte alla domanda 5

DOMANDA 5	RISPOSTE
<p>I temi/gli argomenti da lei portati all'interno dei diversi momenti terapeutici sono cambiati in concomitanza con l'emergenza COVID-19? Se sì, come sono cambiati?</p>	<p><i>"No, non sono cambiati" (Pz Rep)</i> <i>"I temi sono variati a causa del virus che ha scaturito in noi maggior paura e preoccupazione. Cerco però di separare il mio percorso dall'emergenza". (Pz Rep)</i></p>
	<p><i>"no, il percorso qui è una cosa per me separata. Sicuramente i cambiamenti li sentirò più a casa, al mio rientro. Inoltre non avendo mai fatto un'uscita o ricevuto una visita, non ho sentito più di tanto neanche questa mancanza". (Pz DH)</i> <i>"Sono un po' cambiati perché mi sento in gabbia, non libera di poter fare ciò di cui ho voglia/bisogno quando voglio, soprattutto senza avere l'ansia dei controlli. Sono peggiorate le sensazioni che avevo già prima di questa situazione di emergenza". (Pz Dh)</i></p>
	<p><i>"La mia percezione è che in terapia ambulatoriale si notino i cambiamenti relazionali e comportamentali, mentre in un contesto residenziale, a parte le necessità organizzative, il COVID-19 rimanga fuori dal percorso di cura". (Eq)</i></p>

Discussione e conclusioni

L'indagine esplorativa sui vissuti dei pazienti e dell'équipe multidisciplinare all'interno dell'U-DA durante la Fase 1 del confinamento stabilito dal Governo italiano, svolta con una serie di domande ad hoc, ha permesso di evidenziare molteplici aspetti legati agli adattamenti necessari secondo il protocollo di sicurezza della Casa di Cura.

Dall'osservazione delle risposte sembra emergere come i pazienti dell'U-DA, abbiano avuto una parziale percezione del pericolo connesso alla pandemia e non abbiano manifestato particolare disagio per le restrizioni imposte dal lockdown. Il gruppo "Pz Rep" era isolato dal mondo esterno e chiuso all'interno del grande parco della Casa di Cura in una condizione di "lockdown dentro il lockdown", ovvero di isolamento fisico da familiari o conoscenti che vivevano le conseguenze della pandemia, seppure i pazienti potessero avere informazioni attraverso i mezzi di comunicazione più vari con i propri cari e con il mondo esterno. Questa condizione di lontananza dalle relazioni significative permetteva loro di sentirsi protetti dai disagi e dalle paure della pandemia, ma comunque immersi nel mondo relazionale dei pazienti di tutta la struttura e dell'équipe curante. Potevano, inoltre, muoversi con una certa libertà all'interno del parco della casa di cura, non percependo il senso di costrizione e di limitazione degli spostamenti.

Il gruppo "Pz Dh" invece, dovendo uscire dalla struttura e tornare a casa per la notte e per il

weekend, viveva una protezione parziale e aveva maggior contatto con i cambiamenti della Fase 1 e avrebbe potuto percepire maggiormente il problema COVID-19. Una prima spiegazione alla scarsa percezione dell'emergenza sanitaria da parte dei pazienti trattati nell'U-DA potrebbe quindi risiedere nella funzione contenitiva del reparto e anche dell'équipe curante che evidentemente, nonostante il proprio coinvolgimento emotivo nella situazione di crisi, non ha lasciato trasparire preoccupazione/ansia o disagio in modo significativo (Lingiardi & Di Cicilia, 2019).

Un altro fattore che potrebbe avere avuto un ruolo sulla percezione del pericolo è l'alessitimia tipica dei DA (Marra et al., 2010; Rigamonti & Todisco, 1996; Todisco, 2018) che, soprattutto nelle prime fasi del trattamento, può comportare la mancata mentalizzazione della paura. La completa interruzione delle visite da parte di parenti/amici ha, inoltre, creato un rigido confine con il contesto interpersonale preesistente, situazione in cui l'équipe è risultata una delle poche risorse relazionali accessibili; questo potrebbe aver favorito l'affidamento all'équipe multidisciplinare da parte dei pazienti, nei quali il bisogno di relazionarsi entra in conflitto con la paura della vicinanza (Zaitsoff et al. 2015; Ruggiero and Sassaroli 2014; Zaccagnino 2017).

Un'ulteriore ipotesi per comprendere la mancata percezione di pericolo della pandemia può essere ricondotta alla pervasività dei pensieri su cibo, forme e peso corporeo che potrebbe aver distolto l'attenzione da quello che stava accadendo in tutto il mondo (Fernández-Aranda et al., 2020; Touyz et al., 2020). Il perfezionismo e l'iper valutazione dell'importanza di raggiungere alti obiettivi riscontrati nei DA (Ruggiero & Sassaroli, 2014) provocano e mantengono (Fairburn, 2008) un iperinvestimento sul controllo di alimentazione, forma e peso corporeo. Tale investimento potrebbe essere stato ulteriormente accentuato dal dover mettere in pausa altri obiettivi di vita, come riportato da alcuni pazienti partecipanti alla ricerca.

Le risposte ottenute hanno evidenziato, soprattutto nel gruppo dei Pz Dh, come l'ansia sociale sembra essere diminuita. L'obbligata sospensione della socialità è stata considerata un vantaggio secondario perché ha permesso di deresponsabilizzarsi rispetto all'investimento relazionale, congelando il percorso evolutivo individuale. L'evitamento delle responsabilità, inoltre, potrebbe aver consolidato l'idea narcisistica di non avere un ruolo rispetto ai fallimenti (Sassaroli et al., 2006; Gordon & Dombek, 2010).

L'aver dovuto sospendere visite e permessi d'uscita ai pazienti ricoverati ha costretto l'équipe a rinunciare a un pilastro importante del percorso di cura, rappresentato dall'esposizione graduale all'esterno con incontri con i familiari anche per consumare alcuni pasti fuori dalla struttura. I pazienti si sono sentiti più protetti durante il ricovero, ma sono poi aumentate le paure al momento della dimissione per non avere mai vissuto le dinamiche relazionali familiari in generale e in particolare in concomitanza dei pasti.

Per quanto riguarda le risposte dell'équipe multidisciplinare (Eq), uno dei cambiamenti osservati è stata la chiusura dei cancelli della struttura che, oltre a comportare un confine fisico da superare, ha apparentemente introdotto un cambiamento "epistemologico" del trattamento per i DA di Villa Margherita: una clinica dove i cancelli, come i bagni, restano aperti per dare la possibilità ai pazienti di intraprendere un percorso di cura in piena responsabilità. Molte delle risposte dell'équipe hanno descritto i cambiamenti concernenti la routine lavorativa che riguardavano non solo tutte le azioni per garantire le norme preventive, ma anche quelle per supplire la mancanza del prezioso supporto, clinico e non, dei colleghi tirocinanti. La fisiologica e comune sperimentazione dell'ansia ha facilitato l'adozione e l'utilizzo consapevole dei dispositivi di sicurezza e ha comportato un'efficace attivazione da parte di tutti nel suggerire modalità nuove di azione (individuazione di spazi diversi dove svolgere le attività cliniche; uso della tecnologia per effettuare prime visite, controlli e gruppi per i genitori; cambiamento di

alcune regole in sala da pranzo, ecc.). Anche all'interno della relazione terapeutica sono state individuate nuove modalità di costruzione del setting (es. sostituzione di un rito diverso dalla stretta di mano, maggior focalizzazione sullo sguardo e sulle mani, ecc.). Le risposte dell'équipe multidisciplinare hanno, inoltre, posto l'accento sulla distanza fisica come possibile fattore di rischio per la percezione di distanza emotiva all'interno della relazione terapeutica e tra i componenti dell'équipe stessa. Questa preoccupazione sembrerebbe essere stata superata dalla resilienza dei componenti dell'équipe che hanno dichiarato di aver trovato nuove modalità per esprimere vicinanza ai pazienti come pure ai colleghi: i partecipanti all'indagine hanno notato maggior cooperazione e senso di connessione tra i diversi componenti dell'équipe durante la pandemia.

In conclusione, sembra di poter affermare che il lockdown connesso all'emergenza COVID-19 è stato parzialmente percepito dai pazienti affetti da DA trattati all'interno dell'unità riabilitativa specializzata nella cura di queste patologie di Villa Margherita poiché, l'adattamento delle cure alle norme nazionali di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2, ha portato per i pazienti svantaggi e vantaggi.

I pazienti sembrerebbero aver usufruito delle capacità contenitive della struttura e dell'équipe, anche grazie al distanziamento dai propri familiari e amici che ha consentito una maggior concentrazione su di sé e sul percorso di cura. L'isolamento sembrerebbe inserito anche all'interno delle caratteristiche del DA, quali l'evitamento delle relazioni e dei temi dolorosi, l'alessitimia e l'utilizzo della focalizzazione del pensiero e del comportamento su cibo/peso/corpo per controllare le emozioni e l'insicurezza/imprevedibilità dell'esistenza.

La sospensione della quotidianità relazionale e dell'incalzare delle richieste esterne (da parte di famiglia, scuola, lavoro, ecc.) poiché tutto era "bloccato" potrebbe aver comportato la mancanza della "molla evolutiva" data dai progetti post-ricovero, con la difficoltà di individuare obiettivi concreti e applicabili nel proprio contesto di vita.

L'U-DA, abituata alla collaborazione e alla condivisione del percorso di cura in rete con invianti di Servizi pubblici e privati, si è trovata a prendere in carico pazienti in situazioni di urgenza medico-internistica o psichiatrica inviati anche perché i Servizi di riferimento erano chiusi o ridimensionati nelle loro prestazioni terapeutiche o riconvertiti per assistere pazienti COVID-19. Questo ha implicato una limitata condivisione con servizi esterni specialistici, la necessità di essere maggiormente autonomi nella gestione dei pazienti e di potenziare la cooperazione interna. L'urgenza dell'invio di alcuni pazienti presso l'U-DA ha tuttavia favorito una comunicazione più stretta con gli invianti favorendo la collaborazione e la reciproca conoscenza: i colleghi hanno percepito la genuina disponibilità dell'équipe multidisciplinare dell'U-DA a essere risorsa nell'emergenza.

Nella pandemia vi è stata la tendenza a focalizzarsi sull'evidente emergenza con il rischio di mettere in secondo piano problematiche altrettanto urgenti e gravi come quelle riguardanti le patologie psichiatriche. In momenti come questi, come risulta dall'esperienza dell'Unità DA di Villa Margherita, è necessaria la connessione tra servizi pubblici e privati per garantire la continuità delle cure ed evitare che le emergenze diventino urgenze.

Nei DA, in particolare, gli effetti dell'interruzione delle cure specialistiche potrebbero emergere a lungo termine sia in termini di aumento dell'incidenza di nuovi casi sia in termini di ritardo nella diagnosi o nell'inizio del trattamento come pure di ingravescenza dei sintomi nei pazienti già in cura che, per l'emergenza COVID-19, non sono stati più trattati. In queste patologie è fondamentale, per maggior efficacia e minor dispendio economico e di risorse, intervenire quanto più rapidamente possibile a ridosso dell'insorgenza del disturbo o in concomitanza di

situazioni di vita che sostengono la motivazione.

L'ipotesi iniziale di questo studio era di verificare se l'emergenza sanitaria da COVID-19 avesse interferito sul trattamento dei disturbi dell'alimentazione nell'U-DA e sui vissuti di pazienti ed équipe multidisciplinare. Dalle risposte alle domande proposte sembra di poter affermare che, sebbene ci siano stati cambiamenti necessari nel protocollo di trattamento di cui sono stati più consapevoli e più coinvolti i componenti dell'équipe perché li hanno messi in atto, l'esperienza e la preparazione specifica dell'équipe si sono trasformate in resilienza. In particolare la flessibilità nel trovare soluzioni e la rigore nell'applicarle, spiegandole chiaramente ai pazienti, ha instillato fiducia e senso di protezione. Le caratteristiche specifiche dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione hanno poi contribuito a far sì che il "lockdown" rappresentato dall'U-DA fosse funzionale e protettivo nei confronti del "lockdown" nazionale. Questa affermazione sembra essere supportata dal peggioramento della sintomatologia alimentare riportata da molti pazienti alla fine del lockdown e in questa fase di "convivenza" con il coronavirus dove i lockdown parziali o mutevoli di settimana in settimana incrementano l'incertezza.

La riflessione che sembra necessaria riguarda l'indispensabilità di ripensare a come garantire tutti i livelli di cura per patologie gravi come i DA anche in situazioni di emergenza, cercando di ridurre l'improvvisazione, migliorando i protocolli di cura e soprattutto la formazione degli operatori che a vario titolo se ne occupano.

Limiti e prospettive future

Questa indagine presenta una serie di limiti connessi alla tempestività con cui è stata svolta rispetto alla fase 1 del confinamento stabilito dal Governo italiano e alla situazione di emergenza. Innanzitutto non è stata svolta un'analisi qualitativa delle risposte ottenute con software ad hoc; la sola lettura delle risposte pone a rischio di inferenze interpretative. Lo studio, poi, è stato pensato per identificare i vissuti rispetto alla pandemia e ai cambiamenti introdotti all'interno dell'U-DA nei pazienti e nei componenti dell'équipe in un momento di emergenza, pertanto non è stato indagato contemporaneamente un campione non clinico parificato per età e genere. L'utilizzo di un campione di controllo avrebbe permesso di valutare se la tipologia di risposte date fosse specifica per pazienti DA.

La partecipazione allo studio era, inoltre, su base volontaria e anonima. Il 33% dei pazienti in regime di ricovero (Pz Rep) non ha restituito risposte, ma la forma anonima non ha permesso di indagare le motivazioni sottostanti, pertanto il peso di questo dato, unito alla esiguità del campione, non ci permette di escludere esiti differenti.

Un ulteriore limite è rappresentato dalla struttura delle domande che, essendo articolata, potrebbe influire sulla loro comprensione.

La disamina delle risposte, infine, non ha tenuto in considerazione la comorbilità medico-psichiatrica presente in notevole frequenza nei soggetti DA, come suggerisce la letteratura.

Lo studio presenta come punti di forza la tempestività dell'indagine rispetto la Fase 1 del lockdown, che ci ha permesso di osservare un fenomeno unico nel momento stesso in cui si stava verificando, e il campione peculiare rappresentato da pazienti ed équipe multidisciplinare di un'unità di riabilitazione psico-nutrizionale per i DA.

Una prospettiva futura interessante potrebbe essere confrontare i vissuti di pazienti ed équipe dell'U-DA nelle diverse fasi della gestione della pandemia sia relativi al protocollo di cura sia delle misure poste in essere dal Governo italiano, confrontandoli anche con quelli di pazienti e terapeuti che lavorano in ambito ambulatoriale e con quelli di un campione di controllo.

Bibliografia

- Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PLoS One*, 7(8), e44414.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620304608>
- Carvalho, P. M. de M., de Medeiros Carvalho, P. M., Moreira, M. M., de Oliveira, M. N. A., Landim, J. M. M., & Neto, M. L. R. (2020). The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Research*, 286, 112902. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112902>
- Cinelli, M., Quattrocchi, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoli, E., Schmidt, A. L., Zola, P., Zollo, F., & Scala, A. (2020). The COVID-19 social media infodemic. *Scientific Reports*, 10(1), 16598.
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 113(5), 311–312.
- D'Agostino, A., Demartini, B., Cavallotti, S., & Gambini, O. (2020). Mental health services in Italy during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 385–387.
- Dalle Grave, R. (2020). Coronavirus disease 2019 and eating disorders. *Psychology Today*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/eating-disorders-the-facts/202003/coronavirus-disease-2019-and-eating-disorders>.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- Fernández-Aranda, F., Munguía, L., Mestre-Bach, G., Steward, T., Etxandi, M., Baenas, I., Granero, R., Sánchez, I., Ortega, E., Andreu, A., & Others. (2020). COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity—A collaborative international study. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 871–883.
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID -19 and implications for eating disorders. In *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e32.
- Gordon, K. H., & Dombek, J. J. (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 11(4), 288–292.
- Hong, Y.-R., Lawrence, J., Williams, D., Jr, & Mainous, A., Iii. (2020). Population-level interest and telehealth capacity of US hospitals in response to COVID-19: cross-sectional analysis of Google search and national hospital survey data. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18961.
- Kuipers, G. S., Hollander, S. den, van der Ark, L. A., & Bekker, M. H. J. (2017). Recovery from eating disorder 1 year after start of treatment is related to better mentalization and strong reduction of sensitivity to others. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 22(3), 535–547.
- Lingardi, V., & Di Cicilia, G. (2019). La relazione terapeutica: quando una relazione diventa veicolo di cambiamento? *Quaderni Di Psicoterapia Cognitiva – Open Access*, 0(45). http://ojs.francoangeli.it/_ojs/index.php/qpcoa/article/view/8990
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 112921.
- Marra, M. L., La Marra, M., Sapuppo, W., & Caviglia, G. (2010). Dissociazione e Alessitimia in un campione di pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare. In *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 12(1/2), 6. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2009.1>
- Miller, E. D. (2020). The COVID-19 Pandemic Crisis: The Loss and Trauma Event of Our Time. In *Journal*

- of *Loss and Trauma*, pp. 1–13. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1759217>
- Ministero della Salute, I. M. (2020). *Ministero della salute*. Italy. http://www.grusol.it/informazioni/10-03-19_2.PDF
- Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683>
- Organization, W. H., & Others. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 72*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020-eng.pdf>
- Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma and the “Quarantine-15.” *Obesity*. <https://doi.org/10.1002/oby.22850>
- Perpiñá, C., Segura, M., & Sánchez-Reales, S. (2017). Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 22(3), 435–444.
- Rigamonti, R., & Todisco, P. (1996). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199612\)4:4%3C232::AID-ERV145%3E3.0.CO;2-Z?casa_token=ES11_Q3RAWMAAAAA:1YfqXtIFENj7XnafwFgfcUEeofRSMJjpdGtMavNA15zA6PcdAool-gPE7YyOwZo1s8uvYsmGM63sHHk](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1099-0968(199612)4:4%3C232::AID-ERV145%3E3.0.CO;2-Z?casa_token=ES11_Q3RAWMAAAAA:1YfqXtIFENj7XnafwFgfcUEeofRSMJjpdGtMavNA15zA6PcdAool-gPE7YyOwZo1s8uvYsmGM63sHHk)
- Riva, C. (2012). Corpi online: i nuovi media e i disturbi del comportamento alimentare. *MINORIGIUSTIZIA*. https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda_rivista.aspx?IDArticolo=46456
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Linardon, J., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *The International Journal of Eating Disorders*. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.23318?casa_token=eib8TWFKOBgAAAAA:qvq21q0NoeFjdl7FPgEfTE911azDrr_zD0gL2OqzwZ196YrGBwu2D9e8UqpzKAfBNO48_XJvrowY8A
- Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2014). *I disturbi alimentari*. Gius.Laterza & Figli Spa.
- Sassaroli, S., Bertelli, S., Fiore, F., Boccalari, L., Luxardi, G., Scarone, S., Todisco, P., & Ruggiero, G. M. (2009). Autostima, metarimuginio, perfezionismo, responsabilità e rimuginio nei disturbi alimentari. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 12(1-2), 21–36 – 21–36.
- Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G. M. (2006). Psicoterapia cognitiva dell’ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento. Cortina Raffaello.
- Senni, M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy. In *European Heart Journal*. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa279>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszec, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2020). Reactions to COVID-19: Differential predictors of distress, avoidance, and disregard for social distancing. *Journal of Affective Disorders*, 277, 94–98.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszec, M. M., Rachor, G. S., & Asmundson, G. J. G. (2020). Worry, avoidance, and coping during the COVID-19 pandemic: A comprehensive network analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102327.
- Tchanturia, K., Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., Stahl, D., Morris, R., Schmidt, U., & Treasure, J. (2011). Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PloS One*, 6(6), e20462.
- Todisco, P. (2018). Body Image Disturbances in Other Specified Feeding and Eating Disorders (OSFED). In *Body Image, Eating, and Weight* (pp. 155–166). https://doi.org/10.1007/978-3-319-90817-5_11
- Todisco, P., Donini, L.M. (2020). Eating disorders and obesity (ED&O) in the COVID-19 storm. *Eat Weight Disord*, 1, 1–4. doi: 10.1007/s40519-020-00938-z
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, 8, 1. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Van der Kolk, B. (2016). Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell’elaborazione delle memorie traumatiche. *Psicologia & Giustizia*, 17(1). <https://www.psicologiagiuridica.com/pub/docs/anno%20XVII%20-%201/II%20corpo%20accusa%20il%20colpo.pdf>
- Vinai, P., & Todisco, P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del Binge Eating Disorder*. Cortina Libreria Milano.

Percezione della situazione di emergenza sanitaria COVID-19 in un reparto di riabilitazione

- Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to evidence-based care for eating disorders during the COVID -19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>
- World Health Organization (2020) www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200406-sitrep-77-COVID-19.pdf?sfvrsn=21d1e632_2
- Zaccagnino, M. (2017). *Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR*. FrancoAngeli.
- Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M., & Aime, H. (2015). The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: a systematic review. *Eating Disorders*, 23(2), 99–114.
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676.