

Appropriatezza clinica, strutturale e operativa
nella prevenzione, diagnosi e terapia
dei disturbi dell'alimentazione



Quaderni
del Ministero
della Salute



Ministero della Salute

Ministro della Salute: Beatrice Lorenzin
Direttore Scientifico: Giovanni Simonetti
Direttore Responsabile: Paolo Casolari
Direttore Editoriale: Maria Linetti
Vicedirettore esecutivo: Ennio Di Paolo

Comitato di Direzione

Massimo Aquili (Direttore Ufficio V – Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali); **Francesco Bevere** (Direttore Generale della Programmazione Sanitaria); **Silvio Borrello** (Direttore Generale per l'Igiene, la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione); **Massimo Casciello** (Direttore Generale della Ricerca Sanitaria e Biomedica e della Vigilanza sugli Enti); **Giuseppe Celotto** (Direttore Ufficio Generale delle Risorse, dell'Organizzazione e del Bilancio); **Gaetana Ferri** (Direttore Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari); **Giovanni Leonardi** (Direttore Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale); **Maria Linetti** (Direttore Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali); **Romano Marabelli** (Capo Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute); **Marcella Marletta** (Direzione Generale dei Dispositivi Medici, del Servizio Farmaceutico e della Sicurezza delle Cure); **Daniela Rodorigo** (Direttore Generale dei Rapporti Europei e Internazionali); **Giuseppe Ruocco** (Direttore Generale della Prevenzione); **Francesco Schiavone** (Direttore Ufficio III – Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali); **Rossana Ugenti** (Direttore Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario); **Giuseppe Viggiano** (Direttore Generale degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute)

Comitato Scientifico

Giampaolo Biti (Direttore del Dipartimento di Oncologia e Radioterapia dell'Università di Firenze); **Alessandro Boccanelli** (Direttore del Dipartimento dell'Apparato Cardiocircolatorio dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata – Roma); **Lucio Capurso** (Direttore Generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Roma); **Francesco Cagnetti** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Irccs – Roma); **Alessandro Del Maschio** (Direttore del Dipartimento di Radiologia dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Vincenzo Denaro** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Responsabile dell'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia del Policlinico Universitario Campus Biomedico – Roma); **Massimo Fini** (Direttore Scientifico dell'Irccs S. Raffaele Pisana – Roma); **Fabrizio Oleari** (Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità – Roma); **Enrico Gherlone** (Direttore del Servizio di Odontoiatria dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Maria Carla Gilardi** (Ordinario di Bioingegneria Elettronica e Informatica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Renato Lauro** (Rettore dell'Università Tor Vergata – Roma); **Gian Luigi Lenzi** (Ordinario di Clinica Neurologica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università la Sapienza – Roma); **Francesco Antonio Manzoli** (Direttore Scientifico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli – Bologna); **Attilio Maseri** (Presidente della Fondazione "Per il Tuo cuore - Heart Care Foundation Onlus" per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari – Firenze); **Maria Cristina Messa** (Ordinario del Dipartimento di Scienze Chirurgiche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Sergio Ortolani** (Coordinatore dell'Unità di Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia – Irccs Istituto Auxologico Italiano – Milano); **Roberto Passariello** (Direttore dell'Istituto di Radiologia – Università La Sapienza – Roma); **Antonio Rotondo** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini – 2ª Università di Napoli); **Armando Santoro** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia – Irccs Istituto Clinico Humanitas – Rozzano, MI); **Antonio Emilio Scala** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita/Salute San Raffaele – Milano); **Giovanni Simonetti** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare, Radioterapia e Radiologia Interventistica del Policlinico Universitario Tor Vergata – Roma); **Alberto Zangrillo** (Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione dell'Università Vita/Salute San Raffaele e Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano)

Comitato di Redazione

Simonetta Antonelli, **Massimo Ausanio**, **Milena Maccarini**, **Carmela Paolillo**, **Alida Pitzulu**, **Claudia Spicola** (Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute), **Antonietta Pensiero** (Direzione Generale Personale, Organizzazione e Bilancio del Ministero della Salute)

Quaderni del Ministero della Salute

© 2013 - Testata di proprietà del Ministero della Salute

A cura della Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali

Viale Ribotta 5 - 00144 Roma - www.salute.gov.it

Consulenza editoriale e grafica: Springer Healthcare Italia S.r.l.

Registrato dal Tribunale di Roma - Sezione per la Stampa e l'Informazione - al n. 82/2010 del Registro con Decreto del 16 marzo 2010

ISSN 2038-5293

Pubblicazione fuori commercio, consultabile online sul sito www.quadernidellasalute.it

Finito di stampare e pubblicato online sul sito www.quadernidellasalute.it nel mese di luglio 2013

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'Editore

Le ragioni di una scelta e gli obiettivi

Perché i Quaderni

Uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema salute.

È l'ambizioso progetto-obiettivo dei *Quaderni del Ministero della Salute*, la nuova pubblicazione bimestrale edita dal dicastero e fortemente voluta dal Ministro Ferruccio Fazio per promuovere un processo di armonizzazione nella definizione degli indirizzi guida che nascono, si sviluppano e procedono nelle diverse articolazioni del Ministero.

I temi trattati, numero per numero, con taglio monografico, affronteranno i campi e le competenze più importanti, ove sia da ricercare e conseguire la definizione di *standard* comuni di lavoro.

La novità è nel metodo, inclusivo e olistico, che addensa e unifica i diversi contributi provenienti da organi distinti e consente quindi una verifica unica del criterio, adattabile volta per volta alla *communis res*. La forma dunque diventa sostanza, a beneficio di tutti e ciò che è sciolto ora coagula. Ogni monografia della nuova collana è curata e stilata da un ristretto e identificato Gruppo di Lavoro, responsabile della qualità e dell'efficacia degli studi. Garante dell'elaborazione complessiva è, insieme al Ministro, il prestigio dei Comitati di Direzione e Scientifico.

Alla pubblicazione è affiancata anche una versione telematica integrale sfogliabile in rete ed edita sul portale internet del Ministero www.salute.gov.it; qui è possibile il costante approfondimento dei temi trattati grazie alla semplicità del sistema di ricerca e alla scaricabilità dei prodotti editoriali; tra questi spiccano le risultanze dei pubblici convegni mirati che, volta per volta, accompagnano l'uscita delle monografie nell'incontro con le articolazioni territoriali del nostro qualificato Sistema salute.

Non ultimo, il profilo assegnato alla Rivista, riconoscibile dall'assenza di paternità del singolo elaborato, che testimonia la volontà di privilegiare, sempre e comunque, la sintesi di sistema.

Paolo Casolari
Direttore Responsabile

Giovanni Simonetti
Direttore Scientifico

Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione

GRUPPO DI LAVORO

Francesco Bevere (Coordinatore), Silvio Borrello, Francesca Brambilla, Riccardo Dalle Grave, Antonino De Lorenzo, Teresa Di Fiandra, Lorenzo M. Donini, Andrea Fabbri, Carlo Faravelli, Alba Fava, Alessandro M.G. Ghirardini, Mario Maj (Coordinatore), Romano Marabelli (Coordinatore), Guido Marinoni, Palmiero Monteleone, Giuseppe L. Palma, Lorenzo Pavone, Giuseppe Ruocco (Coordinatore), Giancarlo Sandri, Paolo Santonastaso, Bruno Scarpa, Giovanni Simonetti (Coordinatore), Alberto Siracusano

Hanno collaborato gli esperti:

Mauro Cappelletti, Maddalena Conti, Paolo Curatolo, Massimo U. De Martino, Federica Fabiocchi, Angela Favaro, Romina Lecis, Gallieno Marri, Walter Marrocco

Si ringraziano inoltre:

Ylenia Barone, Simona Calugi, Rosetta Cardone, Lorenza Caregaro, Marwan El Ghoch, Elena Tenconi



Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione

Indice

Prefazione	pag. IX
Foreword	pag. XIII
Sintesi dei contributi	pag. XVII
Abstract	pag. XXII
Premessa	pag. XXVII
1. Epidemiologia, eziopatogenesi e caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione	pag. 1
2. Rapporti tra i disturbi dell'alimentazione e l'obesità	pag. 19
3. Malnutrizione per difetto e disturbi dell'alimentazione	pag. 23
4. Stili di vita nella popolazione generale: rilevanza per i disturbi dell'alimentazione	pag. 27
5. Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione	pag. 33
6. Appropriatezza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione	pag. 37
7. Appropriatezza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione	pag. 59



8. Conclusioni e raccomandazioni

pag. 87

Bibliografia

pag. 89



Prefazione

I disturbi dell'alimentazione – anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati – sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi occidentali. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza lifetime dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED.

È stato recentemente segnalato un aumento dei casi a esordio precoce. Questo aumento è in parte spiegato dall'abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere legato a un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione come internet. Un esordio più precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico di quei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale.

Pur essendo primariamente disturbi psichiatrici, i disturbi dell'alimentazione producono spesso complicanze fisiche anche serie, secondarie alla malnutrizione e/o ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso e sulla forma del corpo. Le persone con anoressia nervosa, in particolare, hanno una mortalità tra le 5 e le 10 volte maggiore di quella delle persone sane della stessa età e sesso.



Nell'eziopatogenesi dei disturbi dell'alimentazione intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali. Alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, impulsività, bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva) si associano a un'augmentata vulnerabilità a questi disturbi. Tra i fattori socioculturali, si pensa che un ruolo importante sia stato svolto dall'ideale di magrezza sviluppatosi negli ultimi 50 anni nei Paesi occidentali: le donne sono incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre sono considerate più intelligenti, competenti e vincenti; ciò può spiegare perché alcune donne sviluppano una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo. Dati epidemiologici suggeriscono un nesso tra lo stare frequentemente "a dieta" e la comparsa di un disturbo dell'alimentazione.

La maggior parte delle persone con disturbi dell'alimentazione non riceve una diagnosi e un trattamento adeguati. Molti casi arrivano all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia, quando è più difficile ottenere una guarigione. È importante che la gente sappia che per la terapia di questi disturbi sono oggi disponibili vari trattamenti, la cui efficacia è stata documentata da studi clinici controllati. Questi trattamenti richiedono l'integrazione di varie competenze (psichiatri, psicologi, nutrizionisti, medici di medicina generale, internisti, endocrinologi, pediatri, neuropsichiatri infantili). Sul versante psichiatrico-psicologico, le psicoterapie (terapia basata sulla famiglia nei giovani con anoressia nervosa; terapia cognitivo-comportamentale e terapia interpersonale nella bulimia nervosa e nel BED) hanno un ruolo essenziale. Tra gli interventi nutrizionali vanno citati il pasto assistito (nell'ambito di un programma di riabilitazione psiconutrizionale) e i supplementi nutrizionali orali.

Per la cura dei disturbi dell'alimentazione sono oggi proponibili cinque livelli di intervento:

- *medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;*
- *terapia ambulatoriale specialistica;*
- *terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno;*
- *riabilitazione intensiva semiresidenziale o residenziale;*
- *ricovero ordinario.*

La maggior parte dei pazienti dovrebbe cominciare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi.

I programmi di prevenzione che hanno ottenuto i migliori risultati sono quelli scolastici attuati in ragazze di età maggiore di 15 anni, utilizzando incontri multipli, in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo. È essenziale promuovere la diagnosi precoce di questi disturbi, attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la creazione di sportelli di consulenza e la sensibilizzazione di pazienti, famiglie e insegnanti. Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi nelle aree a rischio elevato, come i settori dello sport, della moda e della danza.

Questo Quaderno della Salute intende offrire una sintesi delle conoscenze attuali sui disturbi dell'alimentazione, fruibile non solo dagli operatori del settore, ma anche dai pazienti, dai loro familiari e da tutti coloro che sono interessati al problema. Esso si propone, inoltre, di fornire gli elementi essenziali per una programmazione sanitaria che garantisca alle persone affette da questi disturbi un'assistenza qualificata e il più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale.

Lo stile del Quaderno è stato reso semplice e chiaro, evidenziando anche graficamente i messaggi principali. Particolare attenzione viene rivolta al tema della prevenzione, e specialmente alle iniziative di salute pubblica che possono ridurre l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione, attraverso la collaborazione degli operatori della salute con le scuole, le industrie alimentari, i media e l'industria della moda. Un'intera sezione è dedicata al ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella prevenzione, nello screening e nella diagnosi precoce, nella rilevazione dei segnali di allarme, nella comunicazione con il paziente e i familiari, nella valutazione del rischio fisico, nel trattamento dei casi lievi e nell'invio ai centri specialistici e nel follow-up.

Oltre a delineare i vari interventi terapeutici oggi disponibili, il Quaderno pone l'accento sull'importanza dell'alleanza terapeutica come ingrediente principale di qual-

siasi intervento, esaminando gli ostacoli che si frappongono allo stabilirsi di quest'alleanza, tra cui la frequente ambivalenza dei pazienti nei confronti della cura.

Il documento fornisce infine una descrizione dettagliata dei vari livelli di assistenza oggi proponibili per i disturbi dell'alimentazione, che può rappresentare un punto di riferimento per l'organizzazione dei servizi in tutte le Regioni italiane.

Il Quaderno verrà inserito nel sito del Ministero e sarà aggiornato periodicamente, anche sulla base delle indicazioni che verranno proposte dai professionisti e dall'utenza. Il mio auspicio è che le informazioni in esso contenute possano contribuire al superamento di pregiudizi e semplificazioni e incoraggiare lo sviluppo di iniziative concrete in un'area di crescente importanza per la salute pubblica.

On.le Beatrice Lorenzin

Ministro della Salute



Foreword

As in the rest of the western world, eating disorders – anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder (BED) and not otherwise specified eating disorders – are among the most common health problems that young people, particularly girls, are facing in Italy. In the general population of women aged over 18 years, the estimated lifetime prevalence is 0.9% for anorexia nervosa, 1.5% for bulimia nervosa and 3.5% for BED. The incidence is estimated to be at least 8 new cases per 100,000 women per year for anorexia nervosa and at least 12 new cases per 100,000 women per year for bulimia nervosa. Clinical studies have shown that males represent between 5% and 10% of all cases of anorexia nervosa, between 10% and 15% of cases of bulimia nervosa and between 30% and 40% of cases of BED.

An increase in early onset cases was recently reported. This increase can in part be attributed to the lowering in the age of menarche observed in recent years, but could also be due to a lowering of the age at which adolescents are exposed to socio-cultural pressures concerning thinness, by means of media such as the Internet. Earlier onset can mean a greater risk of permanent damage secondary to malnutrition, particularly in those tissues that have not reached full maturation, such as bones and the central nervous system.

Despite being primarily psychiatric conditions, eating disorders often produce physical complications that can be serious, secondary to malnutrition and/or inappropriate behaviour aimed at gaining control over one's weight and body shape. More specifically, mortality amongst people with anorexia nervosa is 5 to 10 times higher than in healthy people of the same age and gender.

The aetiopathogenesis of eating disorders involves a number of genetic and environmental factors. Certain personality traits (perfectionism, impulsivity, need to



control others and one's personal emotional life) are associated with an increased vulnerability to these disorders. Amongst the sociocultural factors, it is thought that an important role is played by the thinness ideal that has developed over the past 50 years in the western world: women are encouraged to be thin, because thin people are considered to be more intelligent, more competent and more successful, which explains why some women develop a self-evaluation that is excessively based on their weight and body shape. Epidemiological data suggest an association between frequent dieting and the onset of an eating disorder.

Most individuals with eating disorders do not receive adequate diagnosis and treatment. Most cases are only referred to clinical observation after a long history of illness, when it is more difficult to achieve full recovery. It is important for people to know that various therapies whose efficacy has been confirmed in clinical trials are now available for the treatment of these disorders. These treatments require cooperation between professionals with different competences (psychiatrists, psychologists, nutritionists, general practitioners, internal medicine experts, endocrinologists, paediatricians and child neuropsychiatrists). On a psychiatric/psychological side, a fundamental role is played by psychotherapy (family therapy in the case of young people with anorexia nervosa; cognitive-behavioural therapy and interpersonal therapy in those with bulimia nervosa and BED). Nutritional intervention includes assisted eating (as part of a psychonutritional rehabilitation program) and oral nutritional supplements.

The treatment of eating disorders currently includes five levels of intervention:

- general practitioner or primary care paediatrician;
- specialist outpatient therapy;
- intensive outpatient or day centre therapy;
- intensive semi-residential or residential rehabilitation;
- inpatient treatment.

Most patients should start the treatment programme at the least intensive level of care and move up to the more intensive treatments if there is no improvement, according to a step-by-step model.

The most successful prevention programmes are those involving girls over 15 years of age, conducted through a series of sessions led by professionals and focussed on accepting one's body. It is essential to promote the early diagnosis of these disorders, by improving the awareness of general practitioners and primary care paediatricians, the creation of counseling spots and sensitization of patients, families and teachers. Another important action would be to promote prevention initiatives in high-risk areas such as sport, fashion and dancing.

The aim of this Quaderno della Salute is to provide a summary of the current knowledge on eating disorders that can be used not only by professionals working in the area, but also by patients and their families and any other subjects interested in the matter. It also aims to provide the essential elements for health programming that guarantees those who suffer from these disorders assistance that is both qualified and homogeneously accessible nationwide.

The style adopted for the Quaderno is clear and straightforward, using graphs and charts to highlight some of the key messages. Special attention is dedicated to the topic of prevention, specifically those public health initiatives that are able to reduce the incidence of eating disorders, through cooperation between medical professionals, schools, food industries, the media and the fashion industry. An entire section is dedicated to the role of general practitioners and primary care paediatricians in terms of prevention, screening and early diagnosis, alarm signal capturing, communication with the patient and his/her family, physical risk assessment, the treatment of mild cases and referral to specialist centres and follow-up.

In addition to outlining the treatment options currently available, the Quaderno stresses the importance of the therapeutic alliance, intended as the basis for any intervention, examining the obstacles that can prevent the establishment of this relationship, including the patient's frequent ambivalence to treatment.

Lastly, the document provides a detailed description of the various levels of treatment now available for eating disorders, which may represent a benchmark for the organisation of services in all Regions of Italy.



The Quaderno will be published on the Ministry's website and regularly updated, including on the basis of feedback from both professionals and users. I sincerely hope that the information it contains may contribute to overcoming prejudices and stereotypes and encourage the development of concrete initiatives in an area of growing importance for public health.

Hon. Beatrice Lorenzin
Minister of Health

Sintesi dei contributi

1. Epidemiologia, eziopatogenesi e caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione

I disturbi dell'alimentazione sono uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e nei giovani adulti dei Paesi occidentali. Essi comprendono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*, BED) e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

L'anoressia nervosa si caratterizza per:

- consistente perdita di peso corporeo;
- intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso;
- disturbi della propria immagine corporea.

La bulimia nervosa si caratterizza per:

- ricorrenti episodi di abbuffate alimentari;
- comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi, l'uso improprio di diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
- stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.

Il BED condivide con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, ma non le pratiche di compenso volte a impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono sviluppare una condizione di obesità. I disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati hanno caratteristiche cliniche simili all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma non soddisfano tutti i criteri richiesti per tali diagnosi. Tutti i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nel sesso femminile. Negli studi condotti su popo-

lazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% dei casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di BED.

Nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, l'età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni, mentre nel BED essa è distribuita in un ampio intervallo (dall'infanzia alla terza età).

Nell'eziologia dei disturbi dell'alimentazione intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali. Alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, impulsività, bisogno di controllo), la bassa autostima e lo stare frequentemente "a dieta" sono elementi di vulnerabilità. Tra i fattori socioculturali, un ruolo importante è stato svolto dall'ideale di magrezza sviluppatosi negli ultimi 50 anni nei Paesi occidentali.

Le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione (in particolare dell'anoressia nervosa e del BED associato a obesità) sono relativamente frequenti e possono interessare tutti gli organi e apparati, soprattutto nei casi di malnutrizione accentuata per difetto o eccesso. La maggior parte di queste complicanze regredisce con la ripresa di una regolare alimentazione e/o il recupero di un normale peso corporeo.

Nei disturbi dell'alimentazione gravi e di lunga durata si osservano notevoli difficoltà interpersonali, scolastiche e lavorative ed è frequente l'associazione di altre patologie psichiatriche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità, dipendenza da alcool o da sostanze).

2. Rapporti tra i disturbi dell'alimentazione e l'obesità

L'obesità è una patologia cronica dovuta a uno squilibrio fra introito calorico e spesa energetica. Essa si associa a un rischio aumentato di varie malattie, tra cui il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, l'osteoartrite e diverse neoplasie.

L'obesità è la condizione medica generale più frequentemente osservata nei pazienti con disturbi dell'alimentazione, risultando particolarmente comune nelle persone affette da BED. Essa può precedere la comparsa di un disturbo dell'alimentazione (rappresentando a volte un fattore di rischio per tale sviluppo) o essere la conseguenza degli episodi bulimici. I disturbi dell'alimentazione e l'obesità, quando coesistono, tendono a interagire negativamente tra loro e a rendere più difficile il trattamento. I centri che si occupano dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero garantire un servizio di consulenza ai centri di cura per l'obesità, sia per valutare eventuali indicazioni a un trattamento di chirurgia bariatrica, sia per l'identificazione dei casi in cui è presente un disturbo dell'alimentazione o un altro disturbo psichiatrico che possa interferire con il trattamento dell'obesità.

La diagnosi preoperatoria di BED ha un valore predittivo negativo sugli esiti del bendaggio gastrico e del by-pass gastrico, ma non tale da escludere l'utilizzo di questi interventi. È necessario esplorare le problematiche attinenti alla sfera psicologica nelle persone obese con o senza BED che richiedono un trattamento di chirurgia bariatrica e seguire nel tempo questi soggetti anche dal punto di vista psicologico.

Quando l'obesità e i disturbi dell'alimentazione coesistono, è indicato un trattamento da parte di un'equipe multidisciplinare che comprenda specialisti con competenze per affrontare entrambe le condizioni, possibilmente integrati in una rete assistenziale che offra vari livelli di cura.

3. Malnutrizione per difetto e disturbi dell'alimentazione

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introito

e utilizzo dei nutrienti. La malnutrizione per difetto può essere correlata a insufficiente alimentazione, a malattie croniche che determinano infiammazione cronica, oppure a malattie acute o a eventi traumatici che determinano infiammazione acuta. La malnutrizione correlata a digiuno è la forma tipica dell'anoressia nervosa.

La malnutrizione può avere conseguenze sia fisiche sia psicosociali, come documentato dal *Minnesota Study*, condotto tra il 1944 e il 1945 allo scopo di esplorare le migliori modalità di assistenza alle vittime della carestia in Europa e in Asia durante la Seconda Guerra Mondiale. Molti sintomi da malnutrizione riportati dai volontari del *Minnesota Study* (effetti comportamentali, psicologici, sociali, fisici) sono simili a quelli osservati nelle persone affette da anoressia nervosa.

Alcuni sintomi da malnutrizione sono interpretati dal paziente con disturbo dell'alimentazione in modo disfunzionale, come minaccia al controllo alimentare, o fallimento di tale controllo o necessità di aumentare tale controllo. I clinici dovrebbero essere consapevoli che una valutazione attendibile della personalità e del funzionamento psicosociale dei pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione può essere effettuata solo dopo la normalizzazione del peso corporeo. I pazienti con disturbi dell'alimentazione dovrebbero essere educati sui sintomi da malnutrizione e aiutati a interpretarli in modo funzionale al raggiungimento di un peso corporeo salutare.

4. Stili di vita nella popolazione generale: rilevanza per i disturbi dell'alimentazione

La combinazione di un ambiente obesogenico (che induce a uno stile di vita sedentario e al tempo stesso offre stimoli ripetuti al consumo di alimenti) con un contesto culturale fortemente influenzato dall'industria della dieta e della moda (che idealizza

la magrezza e disprezza l'eccesso di peso) può favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione. L'industria della dieta è fortemente implicata nello sviluppo del disprezzo sociale nei confronti delle persone affette da obesità e, indirettamente, nel favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, perché enfatizza, attraverso slogan pubblicitari, l'idea che le persone che hanno un peso in eccesso sono non attraenti, deboli, pigre, golose e malate e che solo con la perdita di peso potranno essere felici e risolvere i loro problemi.

I canoni dell'aspetto fisico promossi dall'industria della moda e della pubblicità sono difficili (o impossibili) da raggiungere per la maggior parte delle persone. Ciononostante, molte persone, con la speranza di adeguarsi a questi canoni, intraprendono un controllo della propria alimentazione che diventa con il tempo sempre più rigido, fino a sfociare, nei casi in cui è presente una vulnerabilità, in un vero e proprio disturbo dell'alimentazione. Nelle società occidentali, le donne sono incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre sono considerate più intelligenti, competenti e vincenti. Ciò può spiegare perché alcune donne interiorizzano l'ideale di magrezza e sviluppino una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo.

Vanno promossi programmi di salute pubblica volti a migliorare le abitudini alimentari e lo stile di vita nella popolazione generale. Le iniziative di salute pubblica finalizzate a ridurre l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione richiedono la stretta collaborazione degli operatori della salute con i politici, le industrie alimentari, i media e l'industria della moda.

5. Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione

I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione hanno avuto un ampio sviluppo e sono stati oggetto di studi controllati in

numerose Paesi occidentali. I programmi di prima generazione hanno adottato un approccio psico-educativo (didattico), che forniva informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Quelli di seconda generazione hanno affrontato più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca. Quelli di terza generazione hanno utilizzato un approccio educativo interattivo ed esperienziale e strategie volte a modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari.

I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione che hanno ottenuto i migliori risultati sono quelli attuati nelle ragazze di età maggiore di 15 anni, utilizzando incontri multipli, in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo.

È essenziale promuovere la diagnosi precoce 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. Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi in aree a rischio elevato, come i settori dello sport, della moda e della danza.

È auspicabile l'evoluzione da un modello di prevenzione basato sulla responsabilità personale verso un modello di salute pubblica. Le istituzioni che si occupano di salute pubblica hanno la responsabilità di attuare interventi come il controllo della pubblicità dell'industria della dieta e la promozione di comportamenti di sana alimentazione e salutare attività fisica.

6. Appropriatazza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il BED sono stati recentemente ag-

giornati nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), prodotto dall'*American Psychiatric Association*. In questa nuova edizione, l'amenorrea non figura più tra i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa e la frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie richieste per la diagnosi di bulimia nervosa è stata ridotta da due a una volta a settimana. Il BED compare per la prima volta nella sezione sui disturbi dell'alimentazione (nell'edizione precedente del manuale era compreso tra le condizioni proposte per ulteriori studi). Vengono individuati sottotipi dei disturbi dell'alimentazione basati sulla gravità (in rapporto all'indice di massa corporea per l'anoressia nervosa, alla frequenza delle condotte compensatorie per la bulimia nervosa, alla frequenza delle abbuffate per il BED).

Per la valutazione psichiatrica e psicologica dei disturbi dell'alimentazione sono oggi disponibili, anche in lingua italiana, vari strumenti. Essi comprendono alcune interviste cliniche strutturate o semistrutturate, vari questionari autosomministrati e alcuni strumenti per la valutazione dei sintomi psichiatrici associati, della personalità e del funzionamento cognitivo.

Per la valutazione dello stato di nutrizione sono essenziali la valutazione dell'introito di energia e nutrienti (anamnesi alimentare, diario alimentare), la misurazione del dispendio energetico basale (calorimetria indiretta), la misura della composizione corporea (antropometria, bioimpedenzometria, densitometria a doppio raggio X) e la misura della funzionalità corporea (parametri metabolici, immunocompetenza, funzione motoria). In ogni trattamento per i disturbi dell'alimentazione è necessario dedicare molta attenzione all'ambivalenza del paziente e adottare uno stile terapeutico "coinvolgente". Tra gli interventi psicoterapeutici è documentata l'efficacia della terapia

basata sulla famiglia per gli adolescenti con anoressia nervosa e della terapia cognitivo-comportamentale e di quella interpersonale per la bulimia nervosa e per il BED. Il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere, soprattutto per l'anoressia nervosa, un'attenzione particolare al rapporto con i familiari: l'approccio più utilizzato in quest'ambito è quello psicoeducativo.

Nei disturbi dell'alimentazione, i farmaci possono essere utilizzati per le patologie psichiatriche frequentemente associate (come la depressione maggiore e i disturbi d'ansia) oppure, sempre nell'ambito di un percorso di cura integrato, per contribuire alla risoluzione dei sintomi specifici. A quest'ultimo scopo, l'unico farmaco approvato in Italia è la fluoxetina per la bulimia nervosa.

Gli interventi nutrizionali comprendono il pasto assistito (nell'ambito di un programma di riabilitazione psiconutrizionale), i supplementi nutrizionali orali (per supplire a un'alimentazione carente *in toto* o relativamente a singoli nutrienti) e la nutrizione artificiale (in pazienti gravemente malnutriti, previo consenso informato del paziente o del suo delegato).

7. Appropriatazza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
- la molteplicità dei contesti di cura, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gravi di malnu-

trizione per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, all'alimentazione e all'attività fisica).

I livelli di intervento per i disturbi dell'alimentazione sono cinque: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; terapia ambulatoriale specialistica; terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno; riabilitazione intensiva ospedaliera; ricovero ordinario e di emergenza.

Il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta è essenziale per la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce, la valutazione del rischio fisico, l'invio ai centri specialistici, il trattamento dei casi lievi e il follow-up.

La terapia ambulatoriale deve essere considerata quella di elezione per le persone affette da disturbi dell'alimentazione. Essa include l'utilizzazione di psicoterapie la cui efficacia è basata sull'evidenza, ma spesso non si limita a questo. Essa coinvolge diverse figure professionali in una prospettiva integrata e include, quando indicato, gli interventi motivazionali, la gestione psicofarmacologica, la psicoeducazione, la riabilitazione nutrizionale e la gestione internistica, il supporto e la psicoeducazione dei familiari.

Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard.

La riabilitazione intensiva residenziale è indicata in caso di mancata risposta al trattamento ambulatoriale o presenza di un rischio fisico o psi-

chiatrico o di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale. Essa è basata su un progetto riabilitativo individuale, che comprende l'intervento psicoterapeutico, la riabilitazione nutrizionale, la riabilitazione fisica e la gestione delle complicanze mediche/psichiatriche.

Il ricovero ordinario può essere attuato in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave, o in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario o della comorbidità psichiatrica.

Per un'efficace organizzazione dell'assistenza nel territorio di ciascuna Regione, è consigliabile la costituzione di un centro di coordinamento regionale, tra le cui funzioni dovranno essere compresi la programmazione e il coordinamento degli interventi di prevenzione; il coordinamento con le strutture di riabilitazione intensiva pubbliche e convenzionate presenti nel territorio; la definizione di protocolli di collaborazione con i servizi per le tossicodipendenze e per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con i reparti internistici ospedalieri e con i servizi di nutrizione clinica; la collaborazione con le associazioni dei familiari e la programmazione di interventi di formazione comuni per il personale dei centri di riferimento. La formazione degli operatori a livello dei corsi di laurea, delle scuole di specializzazione mediche e del corso di formazione specifica in medicina generale e la formazione professionale continua devono dedicare una particolare attenzione ai disturbi dell'alimentazione, nei loro diversi aspetti biologici, psicologici e sociali.

Abstract

1. Epidemiology, etiopathogenesis and clinical features of eating disorders

Eating disorders are one of the most common health problems in adolescents and young adults of Western countries. They include anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder (BED) and eating disorders not otherwise specified.

Anorexia nervosa is characterized by:

- marked loss of body weight;
- intense fear of becoming fat, even though underweight;
- a disturbance in the way one's body weight or shape is experienced.

Bulimia nervosa is characterized by:

- recurrent episodes of binge eating;
- recurrent compensatory behaviours in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics or enemas, prolonged fasting or excessive exercise;
- a self-evaluation unduly influenced by body shape and weight.

BED shares with bulimia nervosa the episodes of binge eating, but not the compensatory behaviours aimed to prevent weight gain, so that the individuals can develop obesity. Eating disorders not otherwise specified have clinical features similar to anorexia nervosa and bulimia nervosa, but do not meet all the criteria required for those diagnoses.

All eating disorders are more common in females. In studies carried out in clinical populations, males account for 5-10% of cases of anorexia nervosa,

10-15% of cases of bulimia nervosa and 30-40% of cases of BED.

In anorexia nervosa and bulimia nervosa, the age of onset is usually between 15 and 19 years, while in BED it is distributed in a wide range (from childhood to old age).

Several factors, both genetic and environmental, are involved in the etiology of eating disorders. Some personality features (perfectionism, impulsivity, need to be in control), a low self-esteem and being frequently "on diet" are among the vulnerability factors. Among sociocultural factors, an important role has been played by the ideal of thinness which has developed during the last 50 years in Western countries.

Medical complications of eating disorders (in particular of anorexia nervosa and of BED associated with obesity) are relatively common and may involve all organs and systems, especially when malnutrition is marked. Most of these complications remit when a regular food intake and/or a normal body weight are resumed.

In severe and long-term eating disorders, marked interpersonal, school and work difficulties are observed, and the association with other mental disorders (major depression, anxiety disorders, personality disorders, alcohol or substance abuse) is common.

2. Relationships between eating disorders and obesity

Obesity is a chronic pathology due to an imbalance between caloric intake and energetic consumption. It is associated with an increased risk for several diseases, including type 2 diabetes mellitus, hypertension, osteoarthritis and various neoplasms.

Obesity is the medical condition most frequently observed in patients with eating disorders, being

particularly common in people with BED. It may precede the onset of an eating disorder (sometimes being a risk factor for that development) or be the consequence of episodes of binge eating. Eating disorders and obesity, when they coexist, tend to interact negatively with each other and make treatment more difficult.

Centers dealing with eating disorders should provide a consultation service to centers for the treatment of obesity, both in order to evaluate possible indications for bariatric surgery, and to identify cases in which an eating disorder or another mental disorder is present which may interfere with the treatment of obesity.

The pre-operative diagnosis of BED is a negative predictor of the outcome of gastric banding and by-pass, but not such as to exclude the use of these interventions. There is a need to explore problems related to the psychological sphere in obese patients with or without BED who request bariatric surgery and to follow-up these people also from the psychological viewpoint.

When obesity and eating disorders coexist, a treatment is required by a multidisciplinary team including specialists who are able to address both conditions, possibly being part of a network which offers different levels of care.

3. Undernutrition and eating disorders

Malnutrition is a condition of functional, structural and development alteration of the organism due to an unbalance between the need, intake and utilization of nutrients. Undernutrition may be due to an insufficient intake of food, chronic diseases involving chronic inflammation, or acute diseases or traumas involving acute inflammation. Undernutrition due to fasting is the form typically observed in anorexia nervosa.

Undernutrition may have both physical and psy-

chosocial consequences, as documented by the Minnesota Study, conducted between 1944 and 1945 to explore the best modalities of care for the victims of famine in Europe and Asia during the Second World War. Many symptoms of malnutrition reported by the volunteers of the Minnesota Study (behavioural, psychological, social and physical effects) are similar to those observed in people suffering from anorexia nervosa.

Some malnutrition symptoms are interpreted by people with an eating disorder in a dysfunctional way, as a threat to eating control or a failure of that control or a need to increase that control. Clinicians should be aware that a reliable assessment of personality and psychosocial functioning in underweight people with eating disorders can be implemented only after the normalization of body weight. People with eating disorders should be educated on malnutrition symptoms and helped to interpret them in a way which can lead to the achievement of a healthy body weight.

4. Lifestyles in the general population: relevance to eating disorders

The combination of an obesogenic environment (which promotes a sedentary lifestyle while providing a continuing stimulus to the consumption of food) with a cultural context strongly influenced by the industry of diet and fashion (which idealizes thinness and disdains the excess of weight) can favour the development of eating disorders.

The industry of diet is strongly involved in the development of social contempt against people with obesity and, indirectly, in favouring the development of eating disorders, because it emphasizes, through advertising slogans, the idea that people whose weight is excessive are not attractive, weak, lazy, glutton and sick, and that only by los-

ing weight they may be happy and solve their problems.

The standards of physical appearance promoted by the industry of fashion and advertisement are difficult (or impossible) to achieve for the majority of people. However, many people, hoping to meet these standards, implement a control of their eating which becomes over time increasingly rigid, finally leading, in those cases in which a vulnerability is present, to a proper eating disorder.

In Western societies, women are encouraged to pursue thinness, because those who are thin are regarded as more intelligent, competent and winning. This may explain why some women internalize the ideal of thinness and develop an evaluation of self excessively dependent upon their body weight and shape.

It is essential to promote public health programmes aimed to improve eating habits and lifestyles in the general population. Public health initiatives aiming to reduce the incidence of eating disorders require the close collaboration of health workers with politicians, the food industry, the media and the industry of fashion.

5. Prevention of eating disorders

School programmes of prevention of eating disorders have been extensively developed and studied through controlled trials in many Western countries. First generation programmes adopted a psychoeducational (didactic) approach, providing information on nutrition, body image, eating disorders and their harmful effects. Second generation programmes addressed more directly some risk factors for eating disorders identified by research. Third generation programmes used an interactive and experiential approach, and strategies aimed to modify dysfunctional attitudes and unhealthy behaviours.

The school programmes of prevention of eating disorders which have achieved the best results are those implemented in girls of more than 15 years of age, using multiple sessions, in small groups, led by professionals and focusing on the acceptance of the body.

It is essential to promote the early diagnosis of eating disorders, through the sensitization of general practitioners and primary care pediatricians, the establishment of counseling spots, and the sensitization of patients, families and teachers. Furthermore, preventive interventions should be promoted in high risk areas, such as those of sport, fashion and dance.

The evolution from a model of prevention based on personal responsibility towards a public health model is desirable. The institutions dealing with public health have the responsibility to implement interventions such as the control of diet industry advertisement and the promotion of healthy eating and physical activity behaviours.

6. Clinical appropriateness in the management of eating disorders

The diagnostic criteria for anorexia nervosa, bulimia nervosa and BED have been recently updated in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), produced by the American Psychiatric Association. In this new edition, amenorrhea is no more included in the diagnostic criteria for anorexia nervosa, and the frequency of episodes of binge eating and compensatory behaviours required for the diagnosis of bulimia nervosa has been reduced from two to one per week. BED appears for the first time in the section on eating disorders (in the previous edition of the manual, it was included among conditions proposed for further studies). Subtypes of eating disorders based on severity (in

relationship to body mass index for anorexia nervosa, the frequency of compensatory behaviours for bulimia nervosa, and the frequency of episodes of binge eating for BED) are identified.

For the psychiatric and psychological evaluation of eating disorders, several instruments are currently available, also in Italian. They include some structured or semi-structured clinical interviews, several self-administered questionnaires, and some instruments for the assessment of associated psychiatric symptoms, personality and cognitive functioning. For the evaluation of nutritional status, the assessment of the intake of energy and nutrients (eating history, eating diary), the measurement of basal energetic consumption (indirect calorimetry), the assessment of body composition (anthropometry, bioimpedance analysis, dual-energy X-ray absorptiometry) and the assessment of body functionality (metabolic parameters, immunocompetence, motor function) are essential.

In every treatment for eating disorders, it is mandatory to pay much attention to patient's ambivalence and to adopt an engaging therapeutic style. Among psychotherapeutic interventions, the efficacy is documented of family based therapy for adolescents with anorexia nervosa, and of cognitive-behavioural and interpersonal therapy for bulimia nervosa and BED. The treatment programme should always include, especially for anorexia nervosa, a special attention to the involvement of relatives: the most used approach in this respect is the psychoeducational one.

In eating disorders, medications may be used for the mental disorders which are frequently associated (such as major depression and anxiety disorders) or, always within the frame of an integrated care pathway, in order to contribute to the resolution of specific symptoms. In this latter respect, the only medication approved in Italy is fluoxetine for bulimia nervosa.

Nutritional interventions include assisted lunch (within a programme of psycho-nutritional rehabilitation), oral nutritional supplements (to complement a food assumption which is deficient as a whole or with respect to individual nutrients) and artificial nutrition (in severely malnourished patients, upon informed consent by the patient or his/her guardian).

7. Structural and operative appropriateness in the management of eating disorders

There are two basic principles in the treatment of eating disorders:

- the multidimensional, interdisciplinary and pluriprofessional integrated approach, involving psychiatrists, psychologists, internists, nutritionists, endocrinologists, dietists, physiotherapists, educators, psychiatric rehabilitation technicians and nurses;
- the multiplicity of care settings, from long-term outpatient management to intensive rehabilitation – either semi-residential or residential – focusing on severe states of malnutrition, phases of instability and decompensation in somatic and psychiatric comorbidities, and the start of a stable correction of lifestyle (especially concerning eating and physical activity).

The levels of intervention in eating disorders are five: general practitioner or primary care pediatrician; specialist outpatient therapy; intensive outpatient therapy or day center; hospital intensive rehabilitation; ordinary or emergency hospitalization.

The role of the general practitioner or the primary care pediatrician is essential for prevention, screening and early diagnosis, evaluation of physical risk, referral to specialist centers, treatment of mild cases and follow-up.

Outpatient therapy should be regarded as the optimal one for people with eating disorders. It includes the implementation of evidence-based psychotherapies, but often is not restricted to this. It involves various professionals in an integrated perspective and includes, as needed, motivational interventions, psychopharmacological treatment, psychoeducation, nutritional rehabilitation and internistic management, and support and psychoeducation for relatives.

Intensive outpatient treatment is indicated for patients who have difficulties to modify their eating behaviours through standard outpatient therapy.

Residential intensive rehabilitation is indicated in cases of non-response to outpatient treatment or presence of a physical or psychiatric risk or of psychosocial difficulties making outpatient treatment inappropriate. It is based on an individualized rehabilitation project, including psychotherapeutic intervention, nutritional and physical rehabilitation and the management of medical/psychiatric complications.

Ordinary hospitalization can be implemented in

internistic wards, for the treatment of acute medical complications and severe malnutrition, or in psychiatric wards, for the management of suicide risk or psychiatric comorbidity.

For an efficient organization of care in the territory of each region, the establishment is advisable of a regional coordination center, whose functions should include planning and coordination of preventive interventions; coordination with public or private structures for intensive rehabilitation available in the territory; definition of protocols for collaboration with substance abuse and child/adolescent psychiatry services, with internistic hospital wards and clinical nutrition services; partnership with associations of carers and planning of training programmes for the staff of reference centers.

Training of health workers at the level of undergraduate courses, medical postgraduate courses and specific courses for general practitioners, as well as of continuing professional education, should devote a special attention to eating disorders, in their various biological, psychological and social aspects.

Premessa

I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da una **persistente alterazione della condotta alimentare** e dalla presenza di **comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo**, che possono arrecare danni alla salute fisica e compromettere in misura significativa il funzionamento psicosociale. Essi comprendono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*, BED) e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

In breve, l'**anoressia nervosa** si caratterizza per:

- **consistente perdita di peso corporeo;**
- **intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso;**
- **disturbi della propria immagine corporea.**

La **bulimia nervosa** si caratterizza per:

- **ricorrenti episodi di abbuffate alimentari;**
- **comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso**, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o enteroclistmi, l'uso improprio di diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
- **stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.**

Il BED condivide con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffate, ma non le pratiche di compenso volte a impedire l'aumento di peso, per cui i soggetti possono sviluppare una condizione di obesità. Le persone con obesità e BED sembrano distinguersi da quelle con obesità senza BED per il fatto di presentare un quadro di obesità mediamente più grave e a esordio più precoce, un ricorso più frequente e precoce a diete ipoca-

loriche e indici più elevati di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia).

I disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati hanno caratteristiche cliniche simili all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma **non soddisfano tutti i criteri** richiesti per tali diagnosi.

I disturbi dell'alimentazione colpiscono soprattutto **adolescenti e giovani adulti**, interessando prevalentemente **il sesso femminile**. Secondo alcuni dati epidemiologici, la loro incidenza è aumentata notevolmente nel corso degli ultimi trent'anni, mentre secondo altri studi si tratterebbe solo di un aumento apparente dovuto a una migliore conoscenza dei disturbi e al maggiore numero di diagnosi corrette. Il dato certo è che tuttora **solo una minoranza delle persone affette da tali disturbi riceve una diagnosi e un trattamento adeguati**. Molti casi arrivano all'osservazione del medico dopo una lunga storia di malattia, quando è più difficile ottenere una guarigione. I disturbi dell'alimentazione sono **uno dei problemi di salute più comuni che affliggono gli adolescenti e i giovani adulti nei Paesi occidentali**. Pur essendo primariamente dei disturbi psichiatrici, essi producono spesso complicanze fisiche, secondarie alla malnutrizione e/o ai comportamenti impropri messi in atto per ottenere il controllo sul peso e la forma del corpo. Per tali motivi, essi rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani e sono gravati da un rischio significativo di mortalità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso i disturbi dell'alimentazione tra le priorità per la tutela della salute mentale nei bambini e negli adolescenti. Sebbene le cause di questi disturbi non siano ancora completamente note e alcuni pazienti siano resistenti ai trattamenti attualmente disponibili, **negli ultimi trent'anni sono stati compiuti notevoli progressi sia nella comprensione dei fat-**



tori di rischio e dei meccanismi patogenetici sia nella gestione clinico-terapeutica. Questi progressi sono riassunti nel presente documento, alla cui stesura hanno contribuito esperti di vari settori disciplinari, quali **psichiatri, psicologi, nutrizionisti, pediatri, neuropsichiatri infantili, medici di medicina generale, endocrinologi e internisti.**

Il testo si pone in continuità e in raccordo con altre iniziative che il Ministero della Salute ha promosso e/o sostenuto negli ultimi anni, come il programma “Guadagnare salute”, i progetti del

Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e la recente conferenza di consenso dell’Istituto Superiore di Sanità.

Il documento è **rivolto non solo agli operatori del settore, ma anche ai pazienti e ai loro familiari e a tutti coloro che sono interessati al problema.** Esso intende, inoltre, fornire elementi su cui si possa costruire un’adeguata **programmazione sanitaria**, che garantisca alle persone affette da questi disturbi e ai loro familiari un’**assistenza qualificata e quanto più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale.**

1. Epidemiologia, eziopatogenesi e caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione

Incidenza e prevalenza

Con il termine **incidenza** si intende il **numero dei nuovi casi di una malattia**, in una popolazione definita, in un determinato periodo di tempo. L'incidenza dell'**anoressia nervosa** è stimata essere di **almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne**, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. L'incidenza della bulimia nervosa è stimata essere di **almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne** e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. Non ci sono dati attendibili per quanto riguarda l'incidenza del disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*, BED).

Con il termine **prevalenza puntiforme** si intende la **percentuale di una popolazione affetta da una malattia in un determinato momento**. La prevalenza puntiforme dell'**anoressia nervosa** nelle giovani donne è stimata **tra lo 0,2% e lo 0,9%**, mentre quella della **bulimia nervosa** è stimata **tra lo 0,5% e l'1,8%**.

Con il termine **prevalenza lifetime** si intende la **percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita**. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza

lifetime dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati trovati essere dello 0,3%, dello 0,5% e del 2%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa e 6,2% per il BED e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

La recente conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it), patrocinata dal Ministero della Salute, ha raccomandato che in Italia siano condotti studi di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni della popolazione generale, per consentire un aggiornamento dei dati disponibili.

Sesso

Tutti i disturbi dell'alimentazione sono **più frequenti nella popolazione femminile** che in quella maschile. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di BED.

Gli uomini con disturbi dell'alimentazione non sembrano differire sostanzialmente dalle donne per età di esordio, insoddisfazione per il proprio

corpo, metodi di controllo del peso, caratteristiche cliniche ed evolutive. Tuttavia, sono state osservate anche alcune differenze. La presenza di sovrappeso e di obesità nella storia clinica sembra essere più frequente negli uomini rispetto alle donne. Maggiore negli uomini sembra anche essere la frequenza della depressione, dell'abuso di sostanze e dei disturbi di personalità.

Nei maschi le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo sono spesso influenzate dall'impegno in attività atletiche. L'attività fisica nel suo complesso è più intensa, mentre il ricorso all'uso improprio di lassativi è meno frequente. Talora si manifesta una vera e propria "dipendenza" dall'esercizio fisico estremo, che viene definita "anoressia atletica". In alcuni pazienti si osserva, più che un'ossessione per la magrezza, una **focalizzazione estrema sulla forma e sulle dimensioni della muscolatura**. Una conseguenza di questa focalizzazione può essere l'uso improprio di steroidi anabolizzanti per "modellare" la forma del corpo. L'uso a lungo termine di queste sostanze può indurre ipertrofia prostatica, aumento dei livelli di colesterolo nel sangue e depressione. L'ossessione per l'esercizio fisico e la preoccupazione estrema per le dimensioni della muscolatura sono state anche indicate con il termine di "**vigoressia**".

Età di esordio

Sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni.

Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un **aumento dei casi a esordio precoce**. Questo aumento è in parte spiegato dall'abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere collegato a un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso

mezzi di comunicazione come internet. Un esordio più precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico di quei tessuti che nell'adolescenza non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale.

L'età di esordio del BED si differenzia da quella dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, essendo **distribuita in un ampio intervallo** (dall'infanzia alla terza età), con un picco nella prima età adulta.

Casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa a **esordio tardivo** non sono infrequenti, anche se ancora poco studiati. In generale, un'età di esordio tardiva sembra essere associata a un maggiore rischio di cronicità e a una maggiore presenza di disturbi psichiatrici in comorbidità, soprattutto ansia e depressione.

Aspetti socioculturali

Il ruolo di alcuni fattori socioculturali nello sviluppo dell'anoressia nervosa è stato inizialmente suggerito dall'osservazione che il disturbo colpiva prevalentemente le adolescenti appartenenti alle classi sociali più elevate nei Paesi occidentali. Diversi studi hanno poi suggerito che l'immigrazione e l'acquisizione dei modelli della cultura occidentale possono favorire l'esordio del disturbo: popolazioni orientali immigrate in Inghilterra, Germania o Stati Uniti presentano una prevalenza simile a quella delle popolazioni residenti e inferiore a quella dei Paesi di provenienza. Mentre studi precedenti al 2002 indicavano una disparità nella prevalenza dei disturbi dell'alimentazione tra i diversi gruppi etnici degli Stati Uniti, e in particolare una maggiore prevalenza tra le bianche non latine, studi recenti sembrano indicare che la prevalenza è diventata simile nei vari gruppi etnici.

I fattori socioculturali implicati nello sviluppo dei

disturbi dell'alimentazione non sono stati ancora identificati con certezza, ma si pensa che un ruolo relativamente importante sia stato svolto dall'**ideale di magrezza sviluppatosi negli ultimi 50 anni nei Paesi occidentali**. In uno studio condotto in due campioni di studentesse delle isole Fiji nel 1995 (qualche settimana prima dell'introduzione della televisione satellitare) e nel 1998 (dopo 3 anni di esposizione alla televisione satellitare), si è riscontrato un aumento della frequenza del vomito autoindotto dallo 0% all'11% e un aumento della percentuale delle ragazze con punteggi all'*Eating Attitudes Test* (EAT) di almeno 20 dal 12,7% al 29,2%. L'esposizione alla televisione satellitare sembrerebbe aver promosso il valore sociale della magrezza e incoraggiato diete restrittive e la ricerca di un corpo rimodellato come strategia per il progresso sociale ed economico.

L'ideale di magrezza sembra anche diffondersi e rafforzarsi attraverso **varie e complesse reti sociali**, includenti i pari e la famiglia. Diversi studi hanno riscontrato un più alto tasso di problemi alimentari e preoccupazioni per il peso e la forma del corpo nelle persone coinvolte in attività sportive nelle quali la magrezza è valutata e incoraggiata, come la danza, il nuoto e la ginnastica.

Il **rinforzo dei familiari** può essere diretto, attraverso espliciti incoraggiamenti alla dieta o alla perdita di peso, o indiretto, attraverso comportamenti e attitudini modellanti come il seguire delle diete per perdere peso. Tra le ragazze preadolescenti, la pressione familiare a essere magre sembra favorire l'insoddisfazione corporea più della pressione dei media o dei pari. Inoltre, l'imitazione di modelli genitoriali che mostrano comportamenti tipici del disturbo dell'alimentazione (es. seguire una dieta in modo ferreo) si associa a un incremento dell'insoddisfazione corporea. È stato anche osservato che il fatto di essere presi in giro sul peso e la forma del corpo, da parte sia dei familiari sia di

persone al di fuori della famiglia, può essere un fattore di rischio specifico per la bulimia nervosa.

Fattori di rischio ed eziopatogenesi

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono **disturbi nella cui eziologia intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali**. In generale, la maggiore vulnerabilità osservata nei soggetti di sesso femminile in età adolescenziale o giovane adulta sembra indicare che questi disturbi sono associati a difficoltà nelle fasi di passaggio dall'infanzia alla vita adulta, scatenate dai cambiamenti fisici e ormonali che caratterizzano la pubertà.

Vari tipi di studi (sulle famiglie, sui gemelli, sul DNA) sono stati condotti per stabilire quanto sia importante la componente genetica nel determinare il rischio di sviluppare questi disturbi. Questi studi sembrano suggerire che circa il 50% del rischio sia dovuto a fattori genetici. Le ricerche sui geni implicati in questa vulnerabilità hanno dato finora risultati non conclusivi.

I fattori ambientali sono molteplici e possono essere suddivisi in precoci e tardivi. Per fattori ambientali precoci si intendono quei fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neurosviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress. Questi fattori includono le condizioni di vita intrauterina, le complicanze perinatali e le separazioni precoci dalle figure di accudimento. Per fattori di rischio ambientale tardivi, invece, si intendono gli abusi nell'infanzia, gli stress psicosociali e le relazioni familiari caratterizzate da una forte conflittualità tra i genitori e tra genitori e figli, l'abuso di sostanze psicoattive e l'esposizione a pressioni verso la magrezza da parte di membri del gruppo familiare o dell'area relazionale e affettiva in cui il soggetto vive.

Alcune **caratteristiche di personalità** possono associarsi a un'umentata vulnerabilità ai disturbi

dell'alimentazione. Tra queste il perfezionismo, l'impulsività, la tendenza all'ansia anticipatoria e all'evitamento, il bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva e l'ossessività.

Dati epidemiologici suggeriscono un nesso tra lo **stare frequentemente "a dieta"** e la comparsa di un disturbo dell'alimentazione. Molti studi hanno trovato che la maggior parte degli individui con disturbi dell'alimentazione riferisce di avere iniziato una dieta prima di acquisire un comportamento alimentare "disturbato". Una recente indagine promossa in Italia dal Ministero della Salute e dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito del programma "Guadagnare salute", ha messo in luce il ruolo dei media nel potenziare gli effetti negativi dell'industria della dieta, che promuove il ricorso indiscriminato a diete "fai da te". Spesso le diete correlate alla successiva comparsa di disturbi dell'alimentazione sono squilibrate nella qualità e quantità dell'apporto di nutrienti e sono caratterizzate dall'esclusione di intere categorie di alimenti o dall'abolizione di pasti quali la prima colazione. L'eccessivo consumo di snack e dolci nei primi 12 anni di vita è un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, mentre il regolare consumo della prima colazione è stato associato a una minore vulnerabilità all'insorgenza sia dell'anoressia nervosa sia della bulimia nervosa.

La letteratura psicologica ha proposto numerose teorie per spiegare lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tra queste, particolarmente influenti sono le **teorie cognitivo-comportamentali**. Queste sostengono che i disturbi dell'alimentazione hanno origine da due esigenze fondamentali. La prima è la necessità di avere un controllo estremo su vari aspetti della vita (es. lavoro, scuola, sport, altri interessi), che può, in momenti particolari, focalizzarsi sul controllo dell'alimentazione. La seconda è l'eccessiva

importanza attribuita al controllo del peso e della forma del corpo in individui che hanno interiorizzato l'ideale della magrezza. In entrambi i casi, il risultato è l'adozione di una restrizione dietetica estrema e rigida che, a sua volta, rinforza la necessità del controllo in generale e in particolare del controllo del peso e della forma del corpo. In seguito si realizzano altri processi che contribuiscono al mantenimento del disturbo dell'alimentazione, come l'isolamento sociale, la comparsa di abbuffate favorite dalla restrizione alimentare, gli effetti negativi delle abbuffate sulla preoccupazione per il peso e la forma del corpo e sul senso di controllo e i sintomi da malnutrizione, che aumentano la necessità di controllare l'alimentazione.

Psicopatologia e comorbidità psichiatrica

Anoressia nervosa

L'esordio dell'anoressia nervosa è spesso graduale e insidioso, con una progressiva riduzione dell'introito alimentare. Nella maggior parte dei casi **il disturbo si presenta a seguito di una dieta ipocalorica iniziata per modificare il peso e la forma del corpo**; in altri casi a seguito di difficoltà digestive, malattie (depressione compresa), interventi chirurgici o traumi. Nel periodo precedente si osservano sovente eventi stressanti o cambiamenti di vita (es. perdite, separazioni, insuccessi). La diminuzione dell'apporto calorico è attuata dal soggetto con una riduzione delle porzioni o attraverso l'esclusione di alcuni cibi e il salto dei pasti. Nel periodo iniziale si osserva una fase di benessere soggettivo, dovuto alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine e anche al sentimento di onnipotenza prodotto dalla capacità di controllare la fame, mentre la consapevolezza del problema è scarsa e manca una richiesta di aiuto (cosiddetta "luna di miele" con il disturbo). In se-

guito, le preoccupazioni riguardo alla forma del corpo e al peso diventano marcate e la paura di ingrassare non diminuisce con la perdita di peso. Sono comuni il ricorso a un esercizio fisico eccessivo, la misurazione frequente del peso e il confronto continuo con lo specchio, con la taglia dei vestiti, con la bilancia e con il corpo delle altre persone. Il pensiero del cibo è persistente e ossessivo; molte pazienti collezionano ricette, contano le calorie, impiegano ore a mangiare e si preoccupano dell'alimentazione dei familiari. Comuni sono anche alcuni rituali alimentari, come tagliare il cibo in piccoli pezzetti e mangiare lentamente. Con il tempo le pazienti diventano più irritabili, depresse e isolate socialmente e i sintomi ossessivo-compulsivi si aggravano. Nella maggior parte dei casi questi sintomi sono successivi e probabilmente conseguenti alla riduzione dell'apporto calorico e del peso; tuttavia, in una minoranza di casi, i sintomi psichiatrici insorgono prima del disturbo dell'alimentazione. Il rapporto con i familiari può diventare teso e difficile, talvolta francamente ostile, e i commenti critici da parte dei familiari possono influenzare negativamente il decorso del disturbo.

Il nucleo psicopatologico è costituito da **un disturbo dell'immagine corporea**, responsabile di una profonda alterazione del modo con cui il soggetto vive il rapporto con il proprio corpo e con il cibo, tale da compromettere l'elementare istinto di sopravvivenza che accomuna tutti gli esseri umani. La persona valuta se stessa in modo predominante o esclusivo sulla base del peso e della forma del corpo, spesso sovrastima le dimensioni del proprio corpo, nega le conseguenze della perdita di peso e adotta comportamenti disfunzionali di controllo del peso e del corpo (*body checking*), come misurare frequentemente il peso, guardare ripetutamente allo specchio specifiche parti del corpo, misurare le varie circonferenze del corpo, prendere in mano le pieghe del grasso, confrontare

la forma del corpo con quella di altre persone (*Tabella 1.1*). La maggior parte delle persone non riconosce il pericolo determinato dalla perdita di peso nemmeno quando è chiaramente espresso dai medici e manifesta disinteresse o aperta opposizione nei confronti del trattamento.

Per ridurre il peso alcune persone ricorrono al vomito autoindotto o all'uso improprio di lassativi, diuretici o, più raramente, sostanze anoressizzanti. Questo sottogruppo presenta una prognosi peggiore, complicanze mediche più frequenti e, dal punto di vista psicopatologico, una maggiore comorbidità. Le caratteristiche cliniche sono più vicine a quelle della bulimia nervosa, con una maggior frequenza di comportamenti impulsivi, atti autolesionistici, tentativi di suicidio, abuso di alcool o di altre sostanze.

L'anoressia nervosa presenta una spiccata **comorbidità psichiatrica**. Le patologie più frequentemente associate sono la depressione maggiore, il disturbo ossessivo-compulsivo e altri disturbi d'ansia, la dipendenza da alcool o da sostanze. Tra i disturbi di personalità, i più frequenti sono il disturbo *borderline*, l'istrionico, il narcisistico e l'evitante. La comorbidità psichiatrica tende a diminuire con il recupero del peso e la normalizzazione dell'alimentazione.

Bulimia nervosa

L'esordio della bulimia nervosa si può verificare **in relazione a una forte restrizione alimentare per modificare il peso e la forma del corpo, o in seguito a difficoltà personali ed emotive nel padroneggiare situazioni di perdita o di frustrazione**. Le crisi bulimiche sono scatenate dalla rottura delle regole dietetiche rigide ed estreme, da stati di umore disforico, conflitti, eventi stressanti per il soggetto, sentimenti di vuoto e di solitudine. La maggior parte dei soggetti, per compensare il disagio

Tabella 1.1 Termini utilizzati per descrivere la psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione

- *Immagine corporea*: è la percezione soggettiva, cognitiva ed emozionale, del proprio corpo. Nei disturbi dell'alimentazione, l'immagine corporea è negativa e distorta (es. la persona con anoressia nervosa si vede sempre grassa). Caratteristiche dell'immagine corporea sono l'instabilità nel tempo, il legame con l'autostima e la relazione con l'immagine ideale del sé
- *Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del loro controllo*: giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso, forma del corpo e loro controllo
- *Eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione*: giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in base alla capacità di controllo sull'alimentazione
- *Preoccupazione per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione*: pensieri ripetuti e ricorrenti, associati ad ansia e apprensione, riguardanti il peso, la forma del corpo e l'alimentazione
- *Ricerca della magrezza*: continua ricerca della perdita di peso anche quando si è sottopeso
- *Paura di ingrassare*: paura di aumentare di peso che non si riduce con il dimagrimento
- *Insoddisfazione corporea*: insoddisfazione nei confronti della forma del proprio corpo. Comune anche nelle persone che non hanno un disturbo dell'alimentazione
- *Disprezzo nei confronti del proprio corpo*: considerare il proprio corpo disgustoso o repulsivo. Di solito si accompagna all'evitamento dell'esposizione del corpo
- *Check del peso*: controllo ripetuto e frequente del proprio peso corporeo
- *Check della forma del corpo*: controllo ripetuto e frequente della forma del corpo allo specchio, attraverso misurazioni varie e confrontandosi con altri
- *Check dell'alimentazione*: controllo ripetuto e frequente della porzione del cibo da mangiare, delle calorie, delle etichette nutrizionali degli alimenti e del comportamento alimentare degli altri
- *Evitamento della misurazione del peso*: evitare di misurare il proprio peso corporeo
- *Evitamento dell'esposizione del corpo*: evitare di guardare il proprio corpo o di esporre alcune parti del corpo agli altri
- *Restrizione dietetica cognitiva*: provare a limitare la frequenza, la quantità e la qualità di cibo ingerito per controllare il peso, indipendentemente dal fatto che tale tentativo produca un deficit energetico
- *Regole dietetiche*: regole rigide ed estreme su quello che va o non va mangiato
- *Reazione alla rottura delle regole dietetiche*: reazione emotiva, cognitiva e comportamentale alla rottura di una regola dietetica. È una reazione che spesso favorisce le abbuffate e che avviene in base a uno schema cognitivo di tipo "tutto o nulla", per cui, quando si infrange una regola dietetica anche minima, allora si può mangiare di tutto
- *Evitamento dei cibi*: evitare alcuni cibi per paura di aumentare di peso o di avere un'abbuffata
- *Restrizione dietetica calorica*: limitazione della quantità, frequenza e qualità del cibo assunto, che produce un deficit energetico e una perdita di peso corporeo
- *Abbuffata oggettiva*: assunzione di una quantità di cibo effettivamente eccessiva date le circostanze, associata alla sensazione di perdita di controllo
- *Abbuffata soggettiva*: assunzione di una quantità di cibo non effettivamente eccessiva date le circostanze, ma vissuta dalla persona come eccessiva e associata alla sensazione di perdita di controllo
- *Spiluccare*: episodio alimentare ripetuto non pianificato, con assunzione incompleta e incerta, ma non minima di cibo
- *Attività fisica eccessiva e compulsiva*: esercizio fisico eccessivo per controllare o modificare il peso e la forma del corpo, talora per modulare le emozioni. È una forma di esercizio che interferisce con attività importanti e può produrre danni alla salute. Le persone si sentono obbligate a praticarlo e sono a disagio se non lo praticano
- *Vomito autoindotto*: induzione del vomito allo scopo di controllare il peso e la forma del corpo
- *Uso improprio di lassativi*: assunzione di lassativi allo scopo di controllare il peso e la forma del corpo
- *Uso improprio di diuretici*: assunzione di diuretici allo scopo di controllare il peso e la forma del corpo
- *Comportamenti di eliminazione*: termine che indica il vomito autoindotto o l'uso improprio di lassativi e diuretici, allo scopo di ridurre il peso. Il comportamento può essere di compenso se eseguito dopo un episodio di alimentazione considerato eccessivo o non di compenso quando non è eseguito in risposta a un episodio di alimentazione considerato eccessivo
- *Comportamenti di compenso non eliminativi*: termine che indica l'esercizio fisico eccessivo e la dieta ferrea o il digiuno messi in atto dopo un'abbuffata
- *Indice di massa corporea*: è il rapporto tra il peso, espresso in chilogrammi, e il quadrato dell'altezza, espressa in metri
- *Sottopeso*: indice di massa corporea inferiore a 18,5 kg/m²
- *Normopeso*: indice di massa corporea compreso tra 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m² (massa grassa intorno al 15-17% del peso nell'uomo o al 25-27% nella donna)

(continua)

Tabella 1.1 Termini utilizzati per descrivere la psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione (continua)

- *Sovrappeso*: indice di massa corporea compreso tra 25,0 kg/m² e 29,9 kg/m²
- *Obesità*: indice di massa corporea superiore a 29,9 kg/m² (massa grassa superiore al 25% del peso nell'uomo o al 35% nella donna)
- *Sintomi da malnutrizione*: sintomi fisici, psicologici e sociali che compaiono in seguito alla restrizione dietetica calorica e alla grave perdita di peso

seguito all'abbuffata e la paura di prendere peso, utilizza **pratiche di compenso quali il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o di diuretici, l'attività fisica eccessiva e il digiuno**. In un sottogruppo di persone sono presenti comportamenti autolesivi, talvolta finalizzati ad allontanare il disagio seguente all'abbuffata o a punirsi per essa. Alla persistente attenzione per il peso e la forma del corpo si aggiunge un'alimentazione molto irregolare, che alterna pratiche dietetiche estreme e rigide (con salti di pasto, eliminazione di molti elementi considerati ingrassanti e riduzione delle porzioni) e crisi bulimiche con o senza vomito autoindotto, seguite da sentimenti di autosvalutazione per la mancata capacità di autocontrollo e di vergogna.

I disturbi depressivi e l'abuso o la dipendenza da sostanze sono i disturbi psichiatrici più frequentemente associati con la bulimia nervosa. Tra i disturbi d'ansia, la fobia sociale, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo di panico sono i più frequenti. Sono anche comuni disturbi di personalità, tra i quali il disturbo *borderline* e quello evitante si riscontrano con maggiore frequenza. Si osservano a volte comportamenti impulsivi come cleptomania, promiscuità sessuale, tentativi di suicidio.

BED

Il BED si caratterizza per **la presenza di ricorrenti episodi di abbuffate, non seguiti dall'attuazione regolare di pratiche compensatorie**.

Esso si distingue nettamente dagli altri disturbi dell'alimentazione per l'epidemiologia e per il suo

rapporto peculiare con l'obesità e i disturbi dell'umore. È un disturbo che può insorgere a qualsiasi età, dall'infanzia all'età avanzata, e che ha una distribuzione maschi/femmine meno asimmetrica (il 30-40% dei casi è di sesso maschile). Non attuando comportamenti compensatori, **la persona con BED tende ad aumentare di peso e, quindi, a presentare obesità**. La frequenza del BED nei soggetti che si rivolgono ai servizi sanitari dedicati all'obesità è tanto maggiore quanto maggiore è il grado di obesità, tanto che negli Stati Uniti si stima che il BED sia presente in circa il 40% delle persone con obesità grave che richiedono un trattamento per questa condizione.

Si osservano chiare **differenze tra le persone obese con BED e senza BED**: le prime mostrano un maggiore introito calorico durante le abbuffate, una maggiore psicopatologia alimentare (abitudini alimentari caotiche, abbuffate legate a fattori emozionali) e un più alto tasso di comorbidità psichiatrica, soprattutto di sindromi depressive.

Il discontrollo dell'alimentazione presente nel BED viene spesso descritto dagli esperti come un "equivalente" depressivo, legato più a una difficoltà nel gestire le emozioni e gli impulsi che non a un bisogno di controllo del peso e della forma del corpo, che è tipico invece dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Se il controllo è il tema dominante nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, **nei pazienti con BED prevale il senso di inadeguatezza e di impotenza**. Un tratto ampiamente diffuso tra i pazienti con BED è la bassa autostima, con tendenza all'umore depresso. Avere

una bassa stima di sé espone maggiormente alla pressione ambientale verso la magrezza e quindi verso l'inizio della dieta, i cui insuccessi, associati agli episodi di abbuffata, contribuiscono a peggiorare ulteriormente la considerazione di sé.

Comportamenti autolesionistici

Sia l'anoressia nervosa sia la bulimia nervosa sono caratterizzate da un rapporto conflittuale con il corpo. Nel corpo si focalizzano il perfezionismo e il bisogno di controllo, all'interno di un ideale di bellezza e magrezza, ma il corpo può essere anche oggetto di pratiche autolesionistiche dirette e indirette. I comportamenti autolesionistici non suicidari

possono essere raggruppati in due dimensioni:

- una **dimensione impulsiva**, che include comportamenti episodici come il tagliarsi o bruciarsi la pelle, lo sbattere la testa o il pugno contro il muro;
- una **dimensione compulsiva**, che raggruppa comportamenti in genere ripetuti come il mangiarsi le unghie o lo strapparsi i capelli.

Complicanze mediche

Le complicanze mediche in corso di anoressia nervosa, bulimia nervosa e BED sono relativamente frequenti (Tabella 1.2). Esse possono rappresentare la conseguenza:

Tabella 1.2 Complicanze mediche più comuni dei disturbi dell'alimentazione

Anoressia nervosa

- *Cute e annessi*: cute secca e distrofica di colorito giallo-arancione (soprattutto sulla superficie palmare delle mani e plantare dei piedi), peluria diffusa soprattutto al dorso, capelli fragili e cadenti, "segno di Russell"
- *Cavo orale*: erosione dello smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari
- *Apparato gastroenterico*: reflusso gastroesofageo, esofagiti, ritardo dello svuotamento gastrico, ernia iatale, erosioni e ulcere esofagee, epatomegalia, steatosi epatica, stipsi, emorroidi, prolasso rettale
- *Apparato cardiovascolare*: bradicardia, ipotensione arteriosa, prolasso mitralico e tricuspide, aritmie secondarie ad alterazioni elettrolitiche, alterazioni elettrocardiografiche (riduzioni di voltaggio, allungamento del QRS e del QT, depressione dell'onda T e del tratto ST, inversione dell'onda T), riduzione del volume cardiaco (cuore a goccia)
- *Apparato scheletrico*: osteopenia, osteoporosi, ipotrofia muscolare, deformazioni ossee e fratture
- *Alterazioni metaboliche*: ipoglicemia, ipotermia, disidratazione, dislipidemia, chetosi, chetonuria, iperazotemia e iperuricemia, ipoprotidemia, alcalosi metabolica
- *Alterazioni elettrolitiche*: ipocloremia, ipopotassiemia, iponatriemia, ipomagnesemia, ipofosfatemia
- *Alterazioni ematologiche*: anemia da carenza di vitamina B₁₂ e/o ferro
- *Apparato endocrino*: amenorrea, ipotiroidismo, ipercortisolemia, aumento dell'ormone della crescita, riduzione della leptina, aumento della grelina

Bulimia nervosa

- *Cute e annessi*: cute secca e distrofica, "segno di Russell", petecchie peripalpebrali, emorragie congiuntivali, arrossamenti e ulcerazioni periorali
- *Cavo orale*: erosione dello smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari
- *Apparato gastroenterico*: gastriti, esofagiti, erosioni e ulcere esofagee, infiammazioni del colon, epatomegalia, steatosi epatica
- *Alterazioni elettrolitiche*: ipopotassiemia
- *Apparato cardiovascolare*: bradicardia, ipotensione arteriosa, aritmie cardiache

BED

- *Alterazioni metaboliche*: obesità, diabete mellito di tipo 2, dislipidemia
- *Apparato cardiovascolare*: ipertensione arteriosa, placche aterosclerotiche, dilatazioni venose agli arti inferiori
- *Apparato respiratorio*: insufficienza respiratoria, dispnea notturna
- *Apparato osteoarticolare*: lesioni cartilaginee agli arti inferiori, lesioni artrosiche diffuse
- *Apparato gastroenterico*: sfiancamento delle pareti gastriche, calcolosi della colecisti, epatomegalia

- della malnutrizione, con alimentazione carente sia in qualità sia in quantità di nutrienti;
- dell'eccesso di assunzione di cibo, in particolare grassi e carboidrati semplici e complessi (nel BED);
- della presenza di comportamenti di eliminazione, in particolare vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e/o diuretici;
- di un'esagerata attività fisica.

Le complicanze mediche **possono interessare tutti gli organi e apparati**. In particolare, le conseguenze della malnutrizione riguardano il sistema cardiocircolatorio, il sistema emopoietico e immunitario, il sistema endocrino e metabolico, il sistema nervoso, il rene, il sistema osteoscheletrico, il sistema muscolare, la cute e annessi, l'apparato gastroenterico, il fegato e il pancreas, il sistema

respiratorio. Le conseguenze dei comportamenti di eliminazione, invece, interessano per lo più l'apparato gastroenterico, gli elettroliti e i fluidi corporei, la funzionalità renale, l'apparato osteo-muscolare, l'apparato respiratorio. I danni fisici possono compromettere in modo marcato la qualità di vita delle persone e, in alcuni casi, metterne a rischio la sopravvivenza. In genere, la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono direttamente in rapporto con l'intensità e la durata del disturbo dell'alimentazione e, nella maggior parte dei casi, si risolvono dopo il ristabilimento di adeguate abitudini alimentari e/o il recupero di un normale peso corporeo.

La presenza di complicanze mediche può dare origine a vari segni e sintomi, elencati nella *Tabella 1.3*.

Tabella 1.3 Principali segni e sintomi delle complicanze mediche dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa

Segni	Sintomi
Anoressia nervosa	
Ipotermia	Amenorrea
Bradycardia (< 60 battiti al minuto)	Fatica da sforzo
Ipotensione (pressione sistolica < 90 mmHg)	Debolezza
Pelle secca	Capogiri
Capelli fragili	Dolori addominali
Unghie fragili	Poliuria
Perdita di capelli	Intolleranza al freddo
Pelle giallo-arancione (specialmente ai palmi delle mani e alle piante dei piedi)	Stipsi
Lanugo (peluria)	Polidipsia
Edema (alle caviglie, intorno agli occhi)	
Murmure cardiaco (per prolasso della mitrale)	
Bulimia nervosa	
Callosità sul dorso delle mani ("segno di Russell")	Mestruazioni irregolari
Ipertrofia delle ghiandole salivari	Palpitazioni cardiache
Erosione dello smalto dei denti	Bruciore esofageo
Irritazione periorale	Dolori addominali
Ulcere nel cavo orale	Gonfiore addominale
Petecchie	Stanchezza
Lanugo	Stipsi o diarrea
Ematemesi (vomitare sangue)	Gonfiore delle mani e dei piedi
Edema (alle caviglie, intorno agli occhi)	Mal di gola frequenti
Gonfiore addominale	Denti sensibili
Battito del cuore irregolare	

Anoressia nervosa

In corso di anoressia nervosa, le alterazioni organiche possono interessare tutti gli organi e apparati e sono legate alla malnutrizione per difetto e ai disturbi idroelettrolitici conseguenti alle condotte di eliminazione.

Le principali alterazioni cui possono andare incontro **la cute e i suoi annessi** sono rappresentate da cute secca e distrofica, di colore giallo-arancione, con peluria diffusa ma più evidente al dorso (lanugo), capelli fragili e cadenti, acne, lesioni infiammatorie periorali. La secchezza della pelle è l'alterazione più frequente e può essere generalizzata o localizzata prevalentemente alle braccia e alla schiena. La lanugo è seconda in ordine di frequenza ed è tipica dell'anoressia nervosa, in quanto non si riscontra in altre forme di malnutrizione per difetto o digiuno prolungato; i soggetti più giovani ne sono maggiormente interessati. Anche il colorito giallo-arancione della pelle è tipico dell'anoressia nervosa ed è soprattutto dovuto all'accumulo di carotene contenuto nei vegetali (es. carote, zucca), che alcune persone con anoressia nervosa mangiano in abbondanza per il loro basso contenuto calorico. Meno frequentemente possono essere presenti edema, localizzato agli arti inferiori o diffuso, ed enfisema sottocutaneo al collo (presente solo nella forma con vomito autoindotto). Può comparire il "segno di Russell", caratterizzato prima da arrossamento ed erosione cutanea e poi da callosità delle nocche delle mani, tutti segni legati allo sfregamento praticato sulla zona dai denti e dal palato durante il tentativo di provocare il vomito mediante introduzione della mano nel cavo orale. Tale alterazione è dunque tipica delle forme con vomito autoindotto e nei casi in cui la malattia viene negata la sua presenza può fare sorgere nel medico il sospetto diagnostico. **A livello orale** vi possono essere erosione dello

smalto dentale, carie, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari, in genere secondarie al vomito autoindotto. L'erosione dello smalto dentale riguarda tipicamente la superficie interna dei denti ed è dovuta principalmente al contatto con i succhi acidi rigurgitati con il vomito. **A livello dell'apparato gastroenterico** possono verificarsi (secondariamente al vomito) reflusso esofageo, esofagiti, erosioni e ulcere esofagee con rischio di perforazione, ernia iatale. A seguito dello sforzo del vomito si può arrivare all'ematemesi (emissione di sangue con il vomito). Più frequentemente, la parete gastrica può diventare atrofica-atonica, con ritardo nello svuotamento dello stomaco, e ciò è causa della sensazione di ripienezza che i pazienti avvertono in seguito all'ingestione anche di piccole quantità di cibo quando riprendono ad alimentarsi, la qual cosa ostacola il processo di rialimentazione. Possono esserci compromissione della funzionalità epatica, epatomegalia e steatosi epatica. Nelle forme con malnutrizione acuta per difetto si può riscontrare un aumento degli enzimi epatici (cosiddetta epatopatia da digiuno). Possono essere presenti stipsi (dovuta a un diminuito funzionamento del colon a seguito della riduzione dell'introito di cibo), lesioni coliche infiammatorie, melanosi da uso improprio di lassativi antraquinonici, o atrofia e ulcerazioni superficiali della mucosa intestinale, tutte lesioni secondarie all'uso improprio di lassativi. Come conseguenza della stipsi possono aversi megacolon, ectasia del plesso emorroidario e prolasso rettale. È stata anche riportata una sindrome dell'arteria mesenterica superiore (vomito, dolore addominale e perdita di peso), dovuta alla compressione della terza porzione del duodeno da parte del plesso mesenterico, a seguito della perdita del pannicolo adiposo. Per quanto concerne le **alterazioni cardiovascolari**, la bradicardia sinusale (frequenza cardiaca < 60 battiti al minuto) e l'ipotensione arteriosa

(pressione sistolica < 90 mmHg e/o pressione diastolica < 50 mmHg) sono le manifestazioni più spesso e più precocemente osservate. Esse riflettono il risparmio energetico conseguente al diminuito introito calorico. Quando la malnutrizione per difetto perdura a lungo si può realizzare una riduzione della massa ventricolare, con diminuzione del volume del cuore (cuore a goccia) e prolasso delle valvole mitrale e tricuspide, in genere senza alterazioni della funzionalità dei ventricoli. Queste anomalie si associano a riduzione della capacità di esercizio, ridotto innalzamento della pressione arteriosa con l'esercizio e affaticamento. Versamenti pericardici sono anche possibili e in genere asintomatici. Le alterazioni elettrolitiche (ipopotassiemia, ipomagnesiemia ecc.), secondarie alle pratiche di compenso di tipo purgativo, possono causare aritmie più o meno gravi, con eventuale collasso cardiocircolatorio, e sono responsabili di alterazioni elettrocardiografiche molto caratteristiche della malattia (riduzioni di voltaggio, allungamento del QRS e del QT, depressione dell'onda T e del tratto ST, inversione dell'onda T). L'allungamento del tratto QT è l'alterazione più allarmante, in quanto rappresenta un fattore di rischio per aritmie gravi e suggerisce la necessità di controlli elettrocardiografici ripetuti nei casi con grave perdita di peso corporeo. Tale fattore di rischio scompare completamente con il ripristino di una normale alimentazione, l'abbandono delle pratiche purgative e il recupero ponderale. **A livello polmonare** possono essere presenti pneumotorace spontaneo ed enfisema per lo sforzo del vomito, pneumotorace mediastinico e polmonite *ab ingestis*.

A livello renale si possono osservare insufficienza funzionale, nefropatia ipopotassiemica e calcolosi (da ipercalciuria legata all'osteoporosi). A volte si può verificare un quadro simile al diabete insipido, con polidipsia (sete eccessiva con assunzione di

molti litri di acqua al giorno) e poliuria (eccessiva produzione di urina). Questa condizione, chiamata polidipsia psicogena, si differenzia dal diabete insipido (in cui c'è un'incapacità di concentrare l'urina per carenza dell'ormone antidiuretico) perché la prova di assetamento produce un aumento della concentrazione delle urine. Può accadere che l'acqua sia bevuta in eccesso allo scopo di ottenere un peso più elevato in occasione di un controllo clinico (in rari casi è stata osservata un'intossicazione acuta da acqua, con una notevole iponatremia e comparsa di crisi epilettiche, fino al coma). Le **alterazioni metaboliche** includono ipoglicemia, iper- o ipo-colesterolemia, chetosi e chetonuria da catabolismo adiposo, iperazotemia e iperuricemia da catabolismo proteico, iponatremia eipoproteinemia con riduzione dei livelli plasmatici di alcuni aminoacidi (in particolare triptofano), aumento del bicarbonato ematico. Vi sono spesso ipozinchemia (che può causare alterazioni nella percezione del gusto), ipocloremia, ipopotassiemia, ipocalcemia, alcalosi metabolica, ipofosfatemia, ipomagnesiemia. L'azotemia, la creatininemia, la concentrazione delle proteine totali e dell'albumina nel plasma possono essere leggermente elevate per la disidratazione. La bilirubina totale e le transaminasi possono essere aumentate per la disfunzione epatica, così come la lipasemia e l'amilasemia. Infine, si riduce il metabolismo basale, cioè il consumo di energia a riposo, che si normalizza soltanto con il recupero del peso corporeo.

Le **alterazioni ematologiche** sono secondarie a ipoplasia del midollo osseo, con trasformazione gelatinosa e necrosi cellulare del medesimo. Esse possono includere anemia normocitica-normocromica, anemia macrocitica da deficit di vitamina B₁₂, anemia microcitica e ipocromica ferropriva, leucopenia con riduzione di neutrofili e linfocitosi, trombocitopenia, riduzione della ferritina. Nelle forme estreme di malnutrizione può aversi linfocitopenia.

A livello dell'apparato scheletrico compare spesso osteopenia all'inizio della malattia, seguita da osteoporosi, con conseguente rischio di deformazioni ossee e fratture. Ciò si deve sia a una diminuzione della formazione ossea sia a un aumento del riassorbimento osseo (conseguente, tra l'altro, alla carenza estrogenica e alla riduzione della massa muscolare). È stato riportato che circa il 40% dei pazienti con anoressia nervosa va incontro a osteoporosi e il 90% a osteopenia. Il rischio di osteoporosi è elevato se si raggiunge un indice di massa corporea inferiore a 15 kg/m², se l'amenorrea dura da più di 6 mesi o se la perdita di peso avviene in giovane età, quando la massa scheletrica non è ancora completamente formata. Le fratture più frequenti sono a carico del femore, delle vertebre, delle coste e dello sterno; esse sono talvolta così gravi da causare una condizione di invalidità permanente. Quando l'anoressia nervosa ha inizio nel periodo infantile o peripuberale, può verificarsi un arresto temporaneo o irreversibile della crescita staturale. L'**apparato muscolare** rivela ipotrofia e miopatia primitiva, con localizzazione prevalente ai cingoli scapolare e pelvico.

Le **indagini strumentali cerebrali** hanno messo in luce, in alcuni casi, un ampliamento degli spazi extracorticali e dei ventricoli cerebrali e un ipometabolismo dei nuclei caudati e delle aree frontali inferiori. Perifericamente, è spesso presente polineurite da deficit di vitamina B₁₂ e/o di tiamina, che causa dolore e può compromettere la deambulazione.

Le **alterazioni endocrine** sono estese praticamente a tutte le ghiandole. La manifestazione più precoce e più frequente nelle donne che hanno già avuto il menarca è rappresentata dall'amenorrea, che, in genere, insorge quando il peso corporeo scende al di sotto di un valore critico per ogni donna, per poi risolversi spontaneamente, nella maggior parte dei casi, quando il peso ritorna al

di sopra di detto valore. L'amenorrea è secondaria a un'ipofunzione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, caratterizzata da deficit di secrezione del *gonadotropin-releasing-hormone*, degli ormoni follicolo-stimolante (*follicle-stimulating hormone*, FSH) e luteinizzante (*luteinizing hormone*, LH), degli estrogeni e del progesterone ovarici, con mancata risposta alle stimolazioni e assenza di ovulazione. Essa rappresenta un meccanismo di adattamento volto a ridurre il consumo di energia e a impedire l'insorgere di una gravidanza in condizioni in cui non vi sono adeguate riserve energetiche né sufficiente introito calorico che possano garantire la funzionalità riproduttiva. Nei maschi, l'ipogonadismo si può manifestare con riduzione dei livelli di testosterone e/o ridotta produzione e vitalità degli spermatozoi. Anche l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide è precocemente interessato dalla malattia. Si hanno una ridotta secrezione di ormone di rilascio della tireotropina (*thyrotropin releasing hormone*, TRH), una normale o ridotta secrezione di ormone tireotropo (*thyroid stimulating hormone*, TSH) e una ridotta secrezione di triiodotironina, con sintesi preferenziale della forma inattiva (*reverse T3*), mentre è in genere conservata la secrezione di tiroxina. La ridotta attività tiroidea garantisce una riduzione del consumo energetico basale in condizioni di ridotto introito calorico, è responsabile dell'ipotermia e non richiede una terapia ormonale sostitutiva. Il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene può presentare eccesso di secrezione ipotalamica dell'ormone di rilascio della corticotropina (*corticotropin releasing hormone*, CRH), ipersecrezione surrenalica di cortisolo, risposta esagerata alla stimolazione con CRH o con ormone adrenocorticotropo (*adrenocorticotropic hormone*, ACTH), risposta assente all'inibizione con desametasone. Gli androgeni surrenalici, in particolare androsterone e deidroepiandrosterone, sono anch'essi aumentati, iper-rispondenti alla

stimolazione con ACTH e non inibiti dal desametasone. In genere, queste alterazioni non hanno significato clinico, in quanto non si accompagnano ai segni tipici delle condizioni di ipercorticosurrenalismo, come il morbo di Cushing. La secrezione di ormone della crescita (*growth hormone*, GH) è nettamente aumentata, mentre è ridotta la secrezione della somatomedina, effettore dell'azione del GH: ciò spiega perché nei pazienti con anoressia nervosa non compaiono i segni clinici del gigantismo o dell'acromegalia, che si osservano appunto quando vi è un'aumentata produzione di GH. La secrezione di prolattina è normale o ridotta. Sono state riportate, infine, numerose alterazioni a carico di ormoni e fattori proteici responsabili della regolazione della fame e sazietà (leptina, grelina, peptide YY ecc.), il cui significato nella fisiopatologia dell'anoressia nervosa non è ancora del tutto chiaro.

Le giovani donne che hanno sofferto di anoressia nervosa sembrano avere maggiori difficoltà al concepimento e un tasso di maternità pari al 70% delle donne sane. Le donne con disturbi dell'alimentazione possono presentare più spesso complicanze perinatali e sembrano essere più a rischio di depressione *postpartum*.

Con la ripresa di una corretta e sana alimentazione e con l'abbandono delle condotte di compenso, la quasi totalità delle complicanze mediche sopra citate si risolve. Tuttavia, alcune di esse tendono a permanere anche a guarigione avvenuta. Tra queste il "segno di Russell", le alterazioni dentarie e l'ipertrofia delle ghiandole salivari nella forma con vomito autoindotto, l'atonìa-atrofia e il ritardo di svuotamento gastrici, l'osteoporosi e le deformazioni ossee, il blocco della crescita staturale.

Di particolare importanza per gli operatori sanitari che si occupano di anoressia nervosa sono le **complicanze legate alla rialimentazione**, che possono

essere molto gravi e potenzialmente mortali. In particolare, la sindrome da rialimentazione (*refeeding syndrome*) si presenta quando il paziente malnutrito è sottoposto a una rapida reintroduzione di liquidi e nutrienti attraverso la via naturale o la nutrizione artificiale. Nella maggior parte dei casi le manifestazioni della sindrome sono lievi (es. un edema transitorio ai piedi e alle gambe), ma in alcuni casi possono aversi complicanze gravi, come alterazioni del tratto QT dell'elettrocardiogramma, ipofosfatemia, astenia, stato confusionale, disfunzione neuromuscolare progressiva e collasso cardiocircolatorio, che richiedono cure mediche immediate. Il collasso cardiocircolatorio si verifica per due meccanismi principali:

- il cuore, a causa della riduzione della massa muscolare cardiaca conseguente alla perdita di peso, può essere inadatto ad affrontare il rapido incremento del volume del sangue che avviene con la rialimentazione, e questo può causare uno scompenso cardiaco;
- il carico di glucosio associato con la rialimentazione stimola la secrezione di insulina, che aumenta il trasporto di fosfati e potassio all'interno delle cellule; ai bassi livelli di fosfato consegue una diminuzione dell'adenosina trifosfato (ATP), che determina una riduzione della capacità contrattile del cuore e aumenta il rischio di scompenso cardiaco.

Il rischio di sviluppare la *refeeding syndrome* è direttamente correlato all'entità della perdita di peso e alla rapidità del processo di recupero del peso. In particolare, il rischio è elevato quando l'indice di massa corporea è inferiore a 16 kg/m², si è avuta una perdita di peso non intenzionale maggiore del 15% del peso iniziale negli ultimi 3-6 mesi, c'è stato uno scarso o assente introito alimentare per più di 10 giorni e ci sono bassi livelli di potassiemia, fosfatemia o magnesemia prima della rialimentazione. In generale, un pa-

ziente che pesa meno del 70% del suo peso ideale deve essere sempre ricoverato nella fase iniziale del recupero nutrizionale, in particolare se l'introito nutrizionale è stato inferiore al 25% del fabbisogno nei 5-10 giorni precedenti. I pazienti sono ad alto rischio di *refeeding syndrome* specialmente nelle prime 2 settimane del trattamento di rialimentazione e di recupero del peso. Il rischio si riduce nelle successive settimane.

La sindrome può essere prevenuta pianificando il recupero nutrizionale con un introito calorico strettamente corrispondente alla spesa energetica, evitando un rapido incremento dell'introito calorico giornaliero e instaurando un monitoraggio attento dal punto di vista sia clinico sia biochimico, con particolare riguardo alle alterazioni elettrolitiche e alle complicanze cardiovascolari e polmonari. Le carenze elettrolitiche devono essere corrette prima di instaurare il piano di rialimentazione, il che normalmente richiede dalle 12 alle 24 ore. I seguenti accorgimenti devono essere messi in atto per prevenire la sindrome:

- se disponibile, l'equipe nutrizionale deve essere consultata per definire i fabbisogni calorici giornalieri del paziente;
- deve essere elaborato un protocollo standard per rialimentare il paziente, inclusa la limitazione dell'introito di sodio e liquidi;
- la quantità di calorie dovrebbe partire da 20-25 kcal/kg/die ed essere incrementata di 300-400 kcal ogni 3 giorni, con un obiettivo di recupero del peso limitato a 1-1,5 kg a settimana;
- i segni vitali e il peso dovrebbero essere monitorati ogni giorno;
- l'esame obiettivo dovrebbe prestare particolare attenzione alle funzioni cardiovascolari e polmonari e alla ricerca di eventuali edemi (un incremento della frequenza cardiaca, per esempio, può indicare un sovraccarico cardiaco ed è un indicatore di inizio della sindrome).

Bulimia nervosa

Le alterazioni organiche che possono verificarsi nella bulimia nervosa sono meno imponenti di quelle dell'anoressia nervosa, ma spesso ne ricalcano alcuni aspetti. Esse sono dovute al deficit di alcuni nutrienti conseguente all'alimentazione sbilanciata e al vomito autoindotto e alla perdita di sali e liquidi in seguito alle condotte di eliminazione.

A livello cutaneo, come nel caso dell'anoressia nervosa, la manifestazione più frequentemente riscontrabile è la secchezza della pelle, seguita dall'acne, dall'alopecia e dalla lanugo. Si può osservare il "segno di Russell" sulle nocche delle mani. Quando il vomito autoindotto è frequente, si possono verificare arrossamenti e ulcerazioni nelle regioni periorali, dovute ai succhi acidi rigurgitati. Più raramente si verificano petecchie peripalpebrali, emorragie congiuntivali e/o enfisema sottocutaneo a livello del collo, legati allo sforzo del vomito.

A carico del sistema orogastroenterico le alterazioni più frequenti sono l'erosione dello smalto dentale, le carie dentali, le gengiviti irritative e l'ipertrofia delle ghiandole salivari. Quando la malattia è più avanzata, si possono avere: esofagiti, erosioni, ulcere e rotture dell'esofago; gastriti, sfiancamento delle pareti gastriche da eccesso di cibo; infiammazioni coliche, melanosì colica da uso improprio di lassativi antrachinonici. Sono a volte presenti epatomegalia e steatosi epatica, dilatazione dei dotti pancreatici, riduzione della secrezione stimolata degli enzimi pancreatici, pancreatiti da ristagno duodenale con reflusso duodeno-pancreatico.

Le complicanze cardiovascolari sono essenzialmente quelle descritte per l'anoressia nervosa, secondarie agli squilibri elettrolitici che si possono verificare in seguito al vomito autoindotto ripetuto

e alle pratiche di eliminazione. La frequenza e la gravità di queste manifestazioni aumenta in rapporto all'entità dei comportamenti di eliminazione.

A carico dell'apparato respiratorio si possono osservare pneumotorace spontaneo, enfisema e polmonite *ab ingestis* legati allo sforzo del vomito autoindotto. **A livello metabolico** possono essere presenti ipercolesterolemia e/o iperinsulinemia legate all'eccessiva introduzione di cibi ricchi di grassi e zuccheri.

Le **alterazioni ormonali** sono molto meno frequenti e imponenti che nell'anoressia nervosa. A carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene può esservi sporadicamente ipercortisolemia e aumentata secrezione di deidroepiandrosterone surrenalico. La funzionalità ipotalamo-ipofiso-gonadica è in genere ben conservata, osservandosi solo nelle forme con comportamenti di eliminazione più gravi una ridotta secrezione di FSH, LH, estrogeni e progesterone e deficit ovulatorio, con eventuale amenorrea o dismenorrea, anche se il peso corporeo è normale. La funzionalità tiroidea è in genere ben conservata. La secrezione di GH e somatomedina è normale. I livelli di prolattina sono normali o diminuiti.

Alcune delle alterazioni sopra riportate possono perdurare dopo la guarigione della malattia. Esse includono il "segno di Russell", le alterazioni dentarie, l'ipertrofia delle ghiandole salivari, l'aumento della capacità gastrica, gli esiti delle rotture esofagee.

BED

Le alterazioni organiche in corso di BED sono **dovute all'eccesso di peso associato al disturbo dell'alimentazione**. Esse coinvolgono prevalentemente l'apparato cardiovascolare, come conseguenza dell'eccesso di massa grassa, in particolare se questa è distribuita prevalentemente in sede viscerale, e della derivante ipertensione arteriosa,

con rischio di sfianamento cardiaco, dilatazioni venose e varicosità agli arti inferiori e placche sclerotiche a livello arterioso.

Vi possono essere apnea ostruttiva notturna e insufficienza respiratoria. A livello osteoarticolare possono essere presenti lesioni cartilaginee, in particolare degli arti inferiori, e lesioni artrosiche diffuse da sovraccarico. A carico dell'apparato gastroenterico può essere presente sfianamento delle pareti gastriche da eccessiva introduzione di cibo, calcolosi della colecisti, steatosi epatica ed epatomegalia. Dal punto di vista metabolico, si riscontra spesso diabete mellito di tipo 2 (inizialmente con iperinsulinemia e in seguito con deficit di insulina) e dislipidemia. L'eccesso di massa grassa, soprattutto se associato a una massa magra insufficiente, può comportare disabilità nelle attività della vita quotidiana.

Le complicanze a medio e lungo termine sono legate al persistere dell'obesità: malattie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, accidenti cerebrovascolari), malattie dismetaboliche (diabete mellito di tipo 2), patologie osteoarticolari (processi artrosici, in particolare a livello della colonna vertebrale, delle anche e delle ginocchia), disabilità nelle attività della vita quotidiana.

Patologie mediche generali coesistenti

Diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) può coesistere con il disturbo dell'alimentazione e complicarne il trattamento. Alcuni pazienti, infatti, riducono la dose di insulina per eliminare glucosio nelle urine e controllare il peso corporeo. Tali pazienti si espongono al rischio del coma diabetico e, a lungo termine, di tutte le gravi complicanze del diabete, tra cui la retinopatia. D'altro

canto, **la presenza del diabete può ostacolare il trattamento del disturbo dell'alimentazione**, perché la fame indotta dall'iniezione di insulina può rendere particolarmente difficile resistere all'impulso di mangiare e di adottare un'alimentazione regolare. In questi casi è fondamentale instaurare una stretta collaborazione tra l'equipe specialistica che tratta il disturbo dell'alimentazione e quella che gestisce il diabete e le sue complicanze.

Altre patologie mediche generali

Le interazioni tra i disturbi dell'alimentazione e altre patologie mediche, come il morbo celiaco, la sindrome dell'intestino irritabile, le intolleranze o allergie alimentari, sono in genere meno marcate e nocive di quelle descritte per il diabete di tipo 1. Comunque, anche in questi casi è necessaria una stretta collaborazione tra l'equipe specialistica che tratta il disturbo dell'alimentazione e quella che gestisce la condizione medica coesistente.

Funzionamento sociale e familiare

Le persone con disturbi dell'alimentazione tendono a trascurare la rete dei rapporti sociali, concentrando la propria attenzione su attività volte a perseguire il controllo del peso e della forma del corpo, comprese le attività fisiche solitarie prolungate, finalizzate a consumare energia. Queste persone spesso evitano gli inviti a pranzo o a cena di parenti e amici, per la paura di perdere il controllo e mangiare in eccesso, o di essere osservate dagli altri. Quando è presente una grave perdita di peso corporeo, di solito si osserva un completo **isolamento sociale**, per la perdita di ogni interesse per i contatti con gli altri, compreso l'interesse sessuale. Per quanto riguarda la carriera scolastica e lavorativa, nelle fasi iniziali del disturbo dell'alimen-

tazione è frequente un eccessivo impegno scolastico e lavorativo, strettamente legato al perfezionismo, che non lascia tempo ad altre attività di natura interpersonale e ludica. In questa fase queste persone possono avere un ottimo profitto scolastico o lavorativo ma, pur ricevendo le lodi degli insegnanti o dei datori di lavoro, raramente sono soddisfatte delle loro prestazioni e appaiono molto sensibili anche al minimo fallimento dei loro obiettivi. Con il progredire del disturbo dell'alimentazione, soprattutto se interviene una marcata perdita di peso, è comune la comparsa di **difficoltà di concentrazione, attenzione e comprensione**. A volte, l'elevata frequenza delle abbuffate e del vomito autoindotto o l'eccessivo tempo dedicato all'esercizio fisico impediscono lo svolgimento di qualsiasi altra attività e riducono notevolmente le prestazioni scolastiche. In alcune persone con bulimia nervosa, l'uso di alcool o di altre sostanze e l'impulsività possono facilitare cambiamenti negativi nelle abitudini di vita, come la promiscuità sessuale e i comportamenti trasgressivi. Nei disturbi gravi e di lunga durata si riscontrano **notevoli difficoltà scolastiche**, che possono portare all'abbandono degli studi. Nei pazienti adulti possono esserci **notevoli problemi a intraprendere o a mantenere un'attività lavorativa**.

Le persone con disturbi dell'alimentazione, all'inizio della loro malattia, appaiono a volte compiacenti e manipolative nei confronti dei familiari, al fine di non essere ostacolate nei loro comportamenti volti al controllo del peso e della forma del corpo. Esse possono impegnarsi nella preparazione dei pasti e mostrano interesse e disponibilità per le varie attività della famiglia. Con il tempo, però, quando i familiari acquistano consapevolezza della loro malattia e cercano di correggere i loro comportamenti inadeguati, esse diventano spesso **estremamente oppositive**. Il momento più difficile si

verifica a tavola, dove spesso la persona è sottoposta a un'attenta osservazione e in genere non tollera le "interferenze" dei genitori. A volte il disturbo dell'alimentazione altera sostanzialmente le abitudini familiari e la persona mangia da sola, dedicando molto tempo a realizzare i suoi complessi rituali alimentari. La vita dell'intera famiglia si caratterizza frequentemente per un progressivo isolamento sociale, con evitamento dei contatti con i parenti e gli amici, per una sorta di "vergogna" in rapporto alla malattia o per evitare occasioni di tensioni e litigi. Nelle famiglie dei pazienti con comportamenti bulimici si possono determinare tensioni per la scomparsa di notevoli quantità di cibo dalla dispensa, per le maggiori spese e per i tentativi di controllo che i familiari possono mettere in atto; tutto ciò dà origine a un'atmosfera di sospetto e di recriminazione.

Decorso ed esiti

Si parla di **remissione** quando la persona non soddisfa più i criteri diagnostici per un disturbo dell'alimentazione, non ha avuto episodi di digiuno, di abbuffate o purgativi negli ultimi 3 mesi e ha un indice di massa corporea di almeno 18,5 kg/m².

Anoressia nervosa

Nell'anoressia nervosa, il **tasso di remissione** è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio e del 70-80% dopo 8 o più anni. Nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita, danneggiando gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Fattori prognostici favorevoli sono la giovane età e la breve durata del disturbo, mentre fattori prognostici sfavorevoli sono la presenza di problematiche mediche o psichiatriche coesistenti. Circa il 30% dei pazienti presenta un vi-

raggio verso la bulimia nervosa o un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, di solito entro i primi 5 anni dall'esordio della malattia.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei soggetti sani della stessa età e sesso. Il suicidio costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte, mentre le complicanze mediche acute e croniche (soprattutto le infezioni, la deplezione di proteine e le alterazioni elettrolitiche) sono le cause più frequenti. Una maggiore età al momento della diagnosi sembra essere uno dei principali predittori di mortalità, assieme a un peso estremamente basso e alla presenza di problemi di alcolismo o diabete. La diagnosi di anoressia nervosa risulta maggiormente associata al rischio di suicidio rispetto alla diagnosi di bulimia nervosa o di un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato.

Bulimia nervosa

Nella bulimia nervosa, il **tasso di remissione** è di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 o più anni. Circa il 23% dei pazienti ha un decorso cronico protratto. Il passaggio dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa è raro, mentre il viraggio verso un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato avviene in circa il 20% dei casi. Quando il disturbo persiste negli anni, danneggia gravemente le relazioni sociali e la carriera scolastica o lavorativa. La prognosi sembra essere peggiore quando si associano obesità, bassa autostima e disturbi di personalità.

BED

Nel BED, i dati di follow-up sono controversi: alcuni studi mostrano alti tassi di remissione, anche a breve termine, facendo pensare a un mi-

glioramento più rapido dei sintomi rispetto ai casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa, mentre altri mostrano tassi di remissione simili a quelli

della bulimia nervosa. I pazienti con BED presentano raramente un viraggio verso l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa.

Messaggi chiave

- I disturbi dell'alimentazione sono uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e nei giovani adulti dei Paesi occidentali.
- Solo una minoranza delle persone affette da questi disturbi riceve una diagnosi e un trattamento adeguati.
- Tutti i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nel sesso femminile, ma nel BED il rapporto tra i sessi è meno squilibrato.
- L'età di esordio è in genere compresa tra i 15 e i 19 anni nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa, mentre nel BED essa è distribuita in un ampio intervallo (dall'infanzia alla terza età).
- Nell'eziologia dei disturbi dell'alimentazione intervengono vari fattori, sia genetici sia ambientali.
- Alcune caratteristiche di personalità (perfezionismo, impulsività, bisogno di controllo), la bassa autostima e lo stare frequentemente "a dieta" sono tra i fattori di vulnerabilità ai disturbi dell'alimentazione.
- L'anoressia nervosa si caratterizza per una consistente perdita di peso corporeo, un'intensa paura di ingrassare anche se si è sottopeso e disturbi della propria immagine corporea.
- La bulimia nervosa si caratterizza per episodi ricorrenti di abbuffate alimentari, comportamenti di compenso volti a evitare l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici, esercizio fisico eccessivo, digiuno) e una stima di sé eccessivamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo.
- Il BED si caratterizza per episodi ricorrenti di abbuffate alimentari senza pratiche regolari di compenso, per cui la persona può diventare obesa.
- Le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione (in particolare dell'anoressia nervosa e del BED associato a obesità) sono relativamente frequenti e possono interessare tutti gli organi e apparati, soprattutto nei casi di malnutrizione accentuata per difetto o eccesso. La maggior parte di queste complicanze regredisce con la ripresa di una regolare alimentazione e/o il recupero di un normale peso corporeo.
- Nei disturbi dell'alimentazione gravi e di lunga durata si osservano notevoli difficoltà interpersonali, scolastiche e lavorative ed è frequente l'associazione di altre patologie psichiatriche.

2. Rapporti tra i disturbi dell'alimentazione e l'obesità

L'obesità è una patologia cronica dovuta a uno squilibrio fra introito calorico (assunzione di cibo) e spesa energetica (metabolismo basale, attività fisica e termogenesi), con conseguente accumulo dell'eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo (vedi il Quaderno del Ministero della Salute sull'obesità e il diabete mellito, www.quadernidellasalute.it).

Essa si associa a un rischio aumentato di varie malattie (tra cui la sindrome metabolica, il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la sindrome delle apnee ostruttive notturne, la steatosi epatica non alcolica, l'osteoartrite e diverse neoplasie) e a una ridotta aspettativa di vita (in media, si ha una riduzione di 7 anni nell'obesità acquisita in età adulta).

Si parla di obesità quando l'indice di massa corporea è superiore a $29,9 \text{ kg/m}^2$ (massa grassa superiore al 25% del peso nell'uomo o al 35% nella donna). La diagnosi dovrebbe avvalersi di indicatori di distribuzione adiposa, in particolare la circonferenza della vita (valori di tale circonferenza superiori a 102 cm negli uomini e 88 cm nelle donne sono considerati espressione di obesità viscerale e fattori di rischio cardiovascolare).

L'obesità è la condizione medica generale più comunemente osservata nei pazienti con disturbi dell'alimentazione. Questa comorbidità

è comune nelle persone affette da disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*, BED), ma occasionalmente si osserva anche in quelle che soffrono di bulimia nervosa. L'obesità può precedere la comparsa del disturbo dell'alimentazione o essere la conseguenza degli episodi bulimici. I disturbi dell'alimentazione e l'obesità, quando coesistono, tendono a interagire negativamente tra loro e a rendere più difficile il trattamento.

L'obesità può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione, soprattutto di tipo bulimico, attraverso almeno tre differenti meccanismi.

Il primo è rappresentato dalla restrizione dietetica, a cui le persone obese si sottopongono nel tentativo di ridurre il peso in eccesso. Lo stare a dieta e la conseguente restrizione calorica cronica, infatti, possono avere un effetto destabilizzante sull'umore, che porta a irritabilità, ansia e depressione. Pertanto, possono verificarsi abbuffate alimentari nel tentativo di alleviare, con la gratificazione correlata all'ingestione di cibo, gli stati d'animo legati alla deprivazione calorica.

In secondo luogo, le persone con obesità sono oggetto di **pregiudizi sociali**, anche perché ritenute responsabili della loro condizione, e possono subire varie forme di discriminazione. Questa stig-

matizzazione sociale ha un impatto negativo sulla loro autostima, generando sentimenti di colpa e di vergogna, che possono favorire l'acquisizione di un'immagine corporea negativa e rinforzare i comportamenti di restrizione alimentare, nel futile tentativo di modificare il peso e la forma del proprio corpo, generando in alcuni casi un disturbo dell'alimentazione.

Infine, è stato ampiamente dimostrato che l'attività fisica non solo ha effetti benefici sulla riduzione del peso corporeo, ma aumenta l'autostima e allevia la depressione e l'ansia. Pertanto, lo **stile di vita sedentario** tipico delle persone con obesità è un fattore che favorisce l'insorgenza di stati d'umore disforici che, come sopra descritto, possono portare alle abbuffate.

La questione fondamentale, non ancora completamente risolta dalla ricerca, è se le persone con disturbo dell'alimentazione e obesità coesistente possano cercare di superare il disturbo dell'alimentazione e nello stesso tempo perdere peso, oppure se questi due obiettivi siano incompatibili tra loro. La risposta non è definitiva: alcuni studi suggeriscono l'opportunità di ottenere una riduzione della frequenza degli episodi bulimici prima di affrontare l'obiettivo della perdita di peso, mentre altri studi sembrano indicare che è possibile, almeno per il BED, gestire contemporaneamente l'eccesso ponderale e gli episodi bulimici. Infatti, è stato osservato che le persone con BED, a differenza di quelle con bulimia nervosa, hanno bassi livelli di restrizione dietetica cognitiva (cioè, sono scarsamente motivate a restringere l'alimentazione per controllare il peso e la forma del corpo). La perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione presente nel BED sembra essere piuttosto un equivalente depressivo, legato più a una difficoltà nel gestire le emozioni e il controllo degli impulsi che non a un bisogno di controllo sul corpo, tipico invece dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa.

Le ricerche più recenti hanno confermato che, nel BED, non solo una moderata restrizione dietetica cognitiva non aumenta la frequenza degli episodi bulimici, ma al contrario produce in media una loro diminuzione. Il trattamento della perdita di peso è invece controindicato nelle persone in cui l'obesità coesiste con la bulimia nervosa. Queste persone, infatti, hanno elevati livelli di restrizione dietetica cognitiva, che contribuiscono in modo decisivo allo sviluppo e al mantenimento degli episodi bulimici. In questi casi è più opportuno aiutare inizialmente il paziente a controllare la propria alimentazione e poi prendere in considerazione la gestione del peso.

I centri che si occupano dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero garantire un servizio di consulenza ai centri di cura per l'obesità, sia per valutare eventuali indicazioni a un trattamento di chirurgia bariatrica, sia per l'identificazione dei casi in cui è presente un disturbo dell'alimentazione o un altro disturbo psichiatrico che possa interferire con il trattamento dell'obesità.

Quando l'obesità e i disturbi dell'alimentazione coesistono, è indicato un trattamento da parte di un'equipe multidisciplinare che comprenda medici e altri specialisti con competenze sia per affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione sia le complicanze mediche associate all'obesità (psichiatri, psicologi, endocrinologi, internisti, nutrizionisti, fisiatristi, chirurghi bariatrici, dietisti, fisioterapisti, educatori, infermieri). Gli operatori devono avere una buona conoscenza delle rispettive competenze e un linguaggio condiviso, per consentire un'efficace interazione. È anche auspicabile che gli specialisti siano integrati in una rete assistenziale che possa offrire ai pazienti che non rispondono alla terapia ambulatoriale livelli più intensivi di cura, come il ricovero riabilitativo ospedaliero o la terapia chirurgica per l'obesità.

I soggetti con BED rappresentano una cospicua

porzione (circa 34%) dei soggetti con grave obesità candidati alla terapia chirurgica. La diagnosi preoperatoria di BED ha un valore predittivo negativo sul risultato a lungo termine del bendaggio gastrico o del by-pass gastrico, ma non tale da escludere l'utilizzo di questi interventi. Secondo alcuni studi, la chirurgia bariatrica può facilitare

la comparsa di un disturbo dell'alimentazione, anche di tipo restrittivo. Si sottolinea la necessità di esplorare le problematiche attinenti alla sfera psicologica nelle persone obese con o senza BED che richiedono un trattamento di chirurgia bariatrica e di seguire nel tempo queste persone anche dal punto di vista psicologico.

Messaggi chiave

- L'obesità è una patologia cronica dovuta a uno squilibrio fra introito calorico e spesa energetica.
- L'obesità è la condizione medica generale più comunemente osservata nei pazienti con disturbi dell'alimentazione. È comune nelle persone affette da BED.
- L'obesità può precedere la comparsa di un disturbo dell'alimentazione (rappresentando a volte un fattore di rischio per tale sviluppo) o essere la conseguenza degli episodi bulimici.
- I disturbi dell'alimentazione e l'obesità, quando coesistono, tendono a interagire negativamente tra loro e a rendere più difficile il trattamento.
- I centri che si occupano dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero garantire un servizio di consulenza ai centri di cura per l'obesità.
- Quando l'obesità e i disturbi dell'alimentazione coesistono, è indicato un trattamento da parte di un'equipe multidisciplinare che comprenda specialisti con competenze per affrontare entrambe le condizioni, possibilmente integrati in una rete assistenziale che offra vari livelli di cura.
- La diagnosi preoperatoria di BED ha un valore predittivo negativo sugli esiti del bendaggio gastrico e del by-pass gastrico, ma non tale da escludere l'utilizzo di questi interventi.
- È necessario esplorare le problematiche attinenti alla sfera psicologica nelle persone obese con o senza BED che richiedono un trattamento di chirurgia bariatrica e seguire nel tempo queste persone anche dal punto di vista psicologico.

3. Malnutrizione per difetto e disturbi dell'alimentazione

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti e utilizzo dei nutrienti, tale da comportare un eccesso di morbilità e di mortalità o un'alterazione della qualità della vita (vedi Linee Guida della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo, www.sinpe.org).

La **malnutrizione per difetto** può essere distinta in:

- malnutrizione correlata esclusivamente a insufficiente alimentazione (anoressia nervosa o anoressia senile);
- malnutrizione correlata a malattie croniche che determinano infiammazione cronica (neoplasie, artrite reumatoide, obesità sarcopenica);
- malnutrizione correlata a malattie acute o a eventi traumatici, che determinano infiammazione acuta (infezioni maggiori, politrauma, ustioni).

La malnutrizione correlata a digiuno è la forma tipica dell'anoressia nervosa ed è caratterizzata da una riduzione della massa cellulare corporea senza uno stato infiammatorio sottostante, con parziale integrità del compartimento proteico viscerale e dell'immunocompetenza e senza espansione dei fluidi extracellulari. Segno clinico caratteristico è il calo ponderale.

La malnutrizione può avere conseguenze sia fisiche sia psicosociali, come documentato dal *Minnesota Study*, condotto presso l'Università del Minnesota tra il 1944 e il 1945 allo scopo di esplorare le migliori modalità di assistenza alle vittime della carestia in Europa e in Asia durante e dopo la Seconda Guerra Mondiale. La *Tabella 3.1* riporta le conseguenze fisiche, psicologiche e sociali indotte dalla malnutrizione sperimentale nei partecipanti a detto studio.

La malnutrizione comporta anche una riduzione delle difese immunitarie, una ritardata cicatrizzazione, un aumento del rischio di apertura delle ferite chirurgiche e un'aumentata suscettibilità alle infezioni. Essa è inoltre considerata un fattore di rischio per le fratture ossee.

Molti sintomi da malnutrizione riportati dai volontari del *Minnesota Study* sono simili a quelli osservati nelle persone affette da anoressia nervosa. Tuttavia, negli individui che non hanno un disturbo dell'alimentazione, i sintomi da malnutrizione hanno l'effetto positivo di focalizzare l'attenzione primariamente sulla ricerca del cibo e di prolungare l'esistenza attraverso una riduzione del dispendio energetico basale, mentre, nelle persone affette da disturbi dell'alimentazione, le conseguenze del sottopeso e della restrizione calorica contribuiscono a mantenere la psicopatologia del

Tabella 3.1 Effetti della restrizione calorica e della perdita di peso nei partecipanti al *Minnesota Study*

Effetti comportamentali

- Pensieri ricorrenti sul cibo
- Ritualità alimentari (mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi, mescolare il cibo in modo bizzarro, ingerire cibo bollente)
- Lettura di libri di cucina e collezione di ricette
- Incremento del consumo di caffè, tè, spezie, gomme da masticare e acqua
- Onicofagia
- Incremento del fumo di sigarette
- Episodi bulimici
- Autolesionismo

Effetti psicologici

- Alterazione della capacità di concentrazione
- Scarsa capacità di *insight* e di giudizio critico
- Preoccupazione per il cibo e l'alimentazione
- Depressione
- Sbalzi del tono dell'umore
- Irritabilità
- Rabbia
- Ansia
- Ossessività
- Apatia
- Episodi psicotici
- Rigidità
- Tendenza alla procrastinazione
- Cambiamenti di personalità confermati dai test psicologici

Effetti sociali

- Isolamento sociale
- Riduzione dell'interesse sessuale

Effetti fisici

- Disturbi del sonno
- Vertigini
- Debolezza
- Dolori addominali
- Disturbi gastrointestinali
- Cefalea
- Ipersensibilità al rumore e alla luce
- Edema
- Ipotermia
- Riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria
- Parestesie
- Diminuzione del metabolismo basale
- Aumento della fame
- Precoce senso di pienezza

disturbo, attraverso un potenziamento del bisogno del paziente di controllare la propria alimentazione. **Alcuni sintomi da malnutrizione, infatti, sono interpretati dal paziente con disturbo dell'ali-**

mentazione in modo disfunzionale, come minaccia al controllo alimentare (es. la fame) o come fallimento del controllo alimentare (es. il precoce senso di pienezza) o come necessità di aumentare

il controllo alimentare (es. la riduzione del metabolismo basale). La conseguenza di queste interpretazioni è spesso rappresentata dall'aumento della restrizione calorica e dall'adozione di comportamenti sempre più estremi di controllo del peso e della forma del corpo.

A causa di ciò, i clinici dovrebbero essere consapevoli che una valutazione attendibile della personalità e del funzionamento psicosociale dei pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione può essere effettuata solo dopo l'eliminazione della restrizione calorica e la normalizzazione del

peso corporeo. **I pazienti con disturbi dell'alimentazione**, d'altra parte, **dovrebbero essere educati sui sintomi da malnutrizione**, dal momento che hanno spesso informazioni scorrette sulle loro cause, ed essere aiutati a interpretarli in modo funzionale al raggiungimento di un peso corporeo salutare. È infatti osservazione comune che i pazienti con disturbi dell'alimentazione, se adeguatamente informati sui meccanismi che mantengono alcuni aspetti del loro disturbo, tendono a ridurre gli sforzi di mantenere il sottopeso.

Messaggi chiave

- La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introito e utilizzo dei nutrienti.
- La malnutrizione per difetto può essere correlata a insufficiente alimentazione, a malattie croniche che determinano infiammazione cronica, oppure a malattie acute o a eventi traumatici che determinano infiammazione acuta.
- La malnutrizione correlata a digiuno è la forma tipica dell'anoressia nervosa.
- La malnutrizione può avere conseguenze sia fisiche sia psicosociali, come documentato dal *Minnesota Study*.
- Alcuni sintomi da malnutrizione sono interpretati dal paziente con disturbo dell'alimentazione in modo disfunzionale come minaccia al controllo alimentare, o fallimento di tale controllo o necessità di aumentare tale controllo.
- I clinici dovrebbero essere consapevoli che una valutazione attendibile della personalità e del funzionamento psicosociale dei pazienti sottopeso con disturbi dell'alimentazione può essere effettuata solo dopo la normalizzazione del peso corporeo.
- I pazienti con disturbi dell'alimentazione dovrebbero essere educati sui sintomi da malnutrizione e aiutati a interpretarli in modo funzionale al raggiungimento di un peso corporeo salutare.

4. Stili di vita nella popolazione generale: rilevanza per i disturbi dell'alimentazione

Il benessere che ha caratterizzato i Paesi occidentali negli ultimi 50 anni ha determinato la scomparsa della maggior parte delle malattie da carenza nutrizionale, ma ha favorito lo sviluppo di alcune malattie croniche, come l'obesità e il diabete mellito di tipo 2.

Lo stile di vita della popolazione generale sembra avere avuto un ruolo anche nell'aumento dell'incidenza dei disturbi dell'alimentazione osservata in tali Paesi a partire dagli anni Sessanta. **La combinazione di un ambiente obesogenico (che induce a uno stile di vita sedentario, ma al tempo stesso offre stimoli ripetuti al consumo di alimenti) con un contesto culturale fortemente influenzato dall'industria della dieta e della moda (che idealizza la magrezza e disprezza l'eccesso di peso) può favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione.**

L'ambiente obesogenico

Il processo di modernizzazione e di transizione economica ha portato in molti Paesi del mondo a una progressiva industrializzazione e a un'economia basata sul commercio all'interno di un mercato globale. Tale processo ha determinato notevoli miglioramenti nello standard di vita, ma anche alcune conseguenze negative sullo stile di vita, in partico-

lare sul modo di alimentarsi e sui livelli di attività fisica. Ciò ha favorito il diffondersi dell'obesità, la cui prevalenza è aumentata in modo drammatico nei Paesi occidentali negli ultimi 20 anni.

L'industria alimentare ha modificato la qualità degli alimenti abitualmente consumati. La stagionalità del cibo è stata superata e la disponibilità di alimenti, anche a basso costo, supera di gran lunga il fabbisogno della popolazione, favorendo, attraverso l'assunzione di calorie in eccesso, l'aumento della prevalenza dell'obesità.

L'assunzione di un eccesso di calorie è favorita anche dal frequente consumo di alimenti ad alta densità energetica e pasti fuori casa, che finisce spesso per squilibrare l'apporto calorico della razione alimentare giornaliera.

Accanto a una modificazione dello stile e della qualità dell'alimentazione, il trasporto motorizzato, gli elettrodomestici e i macchinari per il lavoro hanno favorito nelle persone l'adozione di uno stile di vita sedentario, caratterizzato dallo stare seduti a leggere, guardare la televisione o usare il computer per buona parte del giorno, con mancanza parziale o totale di attività fisica. Questo stile di vita, oltre a favorire lo sviluppo dell'obesità, è un fattore di rischio per numerose malattie croniche, come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'osteoporosi e le dislipi-

demie che, com'è noto, sono associate a un aumentato rischio di mortalità.

L'industria della dieta

L'espressione "industria della dieta" fa riferimento alla produzione di strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere utilizzato per perdere peso, indipendentemente dal rapporto costi-benefici. Tali opzioni vengono spesso promosse attraverso messaggi stereotipati e ingannevoli, i quali danno l'impressione che sia possibile raggiungere il massimo risultato con il minimo sforzo. I programmi per la perdita di peso, infatti, sono propagandati facendo riferimento a strumenti diagnostici sofisticati o a sostanze miracolose o ad apparecchi di vario genere che implicano quasi esclusivamente movimenti passivi.

L'industria della dieta è fortemente implicata nello sviluppo del disprezzo sociale nei confronti delle persone affette da obesità e, indirettamente, nel favorire lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, perché enfatizza, attraverso slogan pubblicitari, l'idea che le persone che hanno un peso in eccesso sono non attraenti, deboli, pigre, golose e malate, e che solo con la perdita di peso potranno essere felici e risolvere i loro problemi. Sebbene entrambi questi messaggi siano erronei, moltissime persone ogni anno cercano di perdere peso seguendo i programmi promossi dall'industria della dieta. In alcuni casi, sono utilizzati sistemi di vendita "piramidali", in cui il produttore si serve di una catena di liberi venditori (porta a porta), promettendo cospicui guadagni.

Prodotti specifici dell'industria della dieta sono anche i test "alternativi" di intolleranza alimentare, non validati dalla ricerca scientifica, come il test citotossico, il test di provocazione-neutralizzazione (sottocute o sublinguale), la chinesologia applicata e il test del riflesso cardiaco-auricolare. L'ipotesi

ingannevole alla base del loro utilizzo è che l'eliminazione mirata di alcuni alimenti, a cui l'individuo è "intollerante", produca un decremento ponderale o una risoluzione di sintomi dispeptici. L'espressione "intolleranza alimentare", che nella sua accezione più rigorosa "indica ogni reazione avversa riproducibile che segue all'ingestione di un alimento o di alcune delle sue componenti (proteine, carboidrati, grassi, conservanti) e comprende reazioni tossiche, metaboliche e allergiche" viene sempre più spesso utilizzata in senso generico anche per indicare un'avversione psicologica nei confronti di determinati cibi.

L'uso di diete che prescrivono di evitare determinati alimenti sulla base di "presunte" intolleranze alimentari sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione in alcune persone predisposte. L'osservazione clinica, infatti, conferma la presenza di casi di anoressia nervosa sviluppatasi in individui che hanno seguito le indicazioni dietetiche di un test alternativo di intolleranza alimentare. Le diete che richiedono l'eliminazione di molti alimenti sembrano essere anche un fattore di rischio e di mantenimento delle abbuffate. Il tentativo di limitare l'assunzione di alimenti, indipendentemente dal fatto che produca un deficit energetico, richiede, infatti, l'adozione di rigide e specifiche regole dietetiche. La rottura (quasi inevitabile) di queste regole dietetiche rigide ed estreme è spesso interpretata come l'evidenza di un'incapacità di autocontrollo e ciò determina l'abbandono temporaneo del controllo dell'alimentazione e l'assunzione di una grande quantità di cibo. Le abbuffate, a loro volta, intensificano la preoccupazione per il peso e la forma del corpo, cosa che incoraggia un'ulteriore restrizione dietetica, con il conseguente aumento ulteriore del rischio di abbuffate.

L'evitamento di determinati cibi, sulla base di convinzioni personali disfunzionali (es. ritenere

che un determinato cibo possa favorire il soffocamento o il vomito, oppure possa essere di danno alla salute, oppure abbia caratteristiche di colore, sapore, consistenza non gradevoli), è un fenomeno diffuso nella popolazione generale. Nel DSM-5 e nell'ICD-11 è previsto che, quando tale evitamento porti a una restrizione alimentare tale da non soddisfare più le esigenze energetiche dell'organismo e da determinare un significativo dimagrimento in assenza della psicopatologia specifica di un disturbo dell'alimentazione, si possa configurare il quadro clinico del disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (*avoidant/restrictive food intake disorder*, ARFID).

L'industria della moda e della pubblicità

Negli ultimi 50 anni, si è assistito a un **progressivo cambiamento dei canoni dell'aspetto fisico femminile, così come promossi dall'industria della moda e dalla pubblicità**. È stata, infatti, documentata una progressiva diminuzione dell'indice di massa corporea e della circonferenza del petto e dei fianchi delle modelle centro-pagina della rivista *Playboy* nel periodo dal 1953 al 2001. In particolare, l'indice di massa corporea delle modelle è passato da un valore medio leggermente al di sotto di 20,0 kg/m² negli anni Cinquanta a un valore medio di 18,0 kg/m² nel 2001. Analogamente, la taglia del corpo delle modelle di copertina di quattro riviste femminili (*Cosmopolitan*, *Glamour*, *Mademoiselle* e *Vogue*) è diminuita significativamente dal 1980 al 1990, mentre tra il 1960 e il 1990 si è verificato un aumento significativo nella frequenza di immagini raffiguranti l'intero corpo delle modelle, rispetto agli anni Cinquanta in cui veniva rappresentato solamente il loro viso. Sempre più frequentemente, inoltre, la pubblicità si avvale della presenza di modelle per reclamizzare prodotti che nulla o poco hanno a che fare con il corpo della donna.

Anche se non è possibile stabilire un rapporto causale, la diminuzione del peso delle modelle è andata di pari passo con l'aumento dell'incidenza dell'anoressia nervosa che, nei Paesi occidentali, è passata da 0,2 per 100.000 abitanti per anno nel decennio 1941-1950 a 5,4 per 100.000 abitanti per anno nel decennio 1991-2000. D'altra parte, è stata ampiamente documentata una maggiore prevalenza dei sintomi propri dei disturbi dell'alimentazione e/o delle forme parziali dei disturbi dell'alimentazione tra le modelle rispetto alle coetanee della popolazione generale.

I canoni dell'aspetto fisico promossi dall'industria della moda e della pubblicità, con l'utilizzo di modelle marcatamente sottopeso e alcune anche sofferenti di un vero e proprio disturbo dell'alimentazione, **sono difficili (o impossibili) da raggiungere per la maggior parte delle persone**, perché il peso e la forma del corpo sono sotto stretto controllo genetico. **Ciononostante, molte persone, con la speranza di adeguarsi a questi canoni, intraprendono un controllo della propria alimentazione che diventa con il tempo sempre più rigido fino a sfociare, nei casi in cui è presente una vulnerabilità, in un vero e proprio disturbo dell'alimentazione.**

Nelle società occidentali, inoltre, le donne sono incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre sono considerate più intelligenti, competenti e vincenti ("stereotipizzazione positiva" della magrezza). Ciò può spiegare perché alcune donne interiorizzano l'ideale di magrezza e sviluppano una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo.

Strategie per modificare gli stili di vita nella popolazione generale

Per fronteggiare il problema dell'incremento delle malattie correlate a stili di vita non salutari, la

maggior parte dei Paesi occidentali ha sviluppato piani nazionali di prevenzione. In Italia, i Piani Sanitari Nazionali 2001-2003, 2003-2005 e 2006-2008 sottolineano che numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita salutari socialmente condivisi e propongono azioni specifiche concernenti l'alimentazione, il fumo, l'assunzione di alcool e l'attività fisica.

Purtroppo, nonostante le buone intenzioni, i piani nazionali di prevenzione hanno prodotto risultati limitati per quanto riguarda gli stili alimentari. Il tradizionale intervento educativo determina, in generale, il miglioramento delle conoscenze su una corretta alimentazione e sui benefici dell'attività fisica, ma non un cambiamento delle attitudini e dei comportamenti dei singoli individui. Le probabilità di successo sarebbero maggiori se fossero attuati **programmi di salute pubblica aventi come target l'ambiente "tossico" che promuove l'assunzione di cibo in eccesso e i comportamenti sedentari**. Esempi di possibili interventi volti a migliorare le abitudini alimentari e lo stile di vita nella popolazione generale includono: modificare il disegno urbano al fine di favorire l'attività fisica nella comunità; potenziare il tempo dedicato all'attività fisica nelle scuole; regolare le politiche economiche aggressive finalizzate a promuovere l'acquisto di prodotti alimentari processati; aumentare le opportunità di consumare i pasti con tutta la famiglia; ridurre l'esposizione dei bambini alla pubblicità di cibi ad alta densità energetica, poveri di micronutrienti e alle bevande zuccherate; non consentire la vendita nelle scuole di bevande zuccherate e di *junk food* (cibo considerato "malsano" per l'eccesso di grassi o zuccheri, come hamburger, hot dog, patatine fritte, *soft drink*); diminuire il numero dei pasti consumati fuori casa e nei *fast-food*; stabilire

standard nutrizionali per il cibo consumato a scuola e nelle mense; migliorare l'etichettatura nutrizionale dei prodotti alimentari; favorire l'accesso dei gruppi etnici e sociali a basso reddito a cibo con adeguati profili nutrizionali.

In Italia è stato anche attuato qualche tentativo di modificare alcuni fattori di rischio ambientali specifici per i disturbi dell'alimentazione. Nel 2006 è stato pubblicato il Manifesto di Autoregolamentazione della Moda Italiana contro l'Anoressia (Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive, www.pogas.it), che ha raccomandato (ma non imposto) ai produttori di moda di: favorire la diffusione di un modello di bellezza di tipo mediterraneo; proteggere la salute delle modelle non permettendo la partecipazione alle sfilate a quelle che hanno un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica; non far sfilare modelle di età inferiore ai 16 anni; promuovere l'inserimento nelle collezioni di abiti delle taglie 46 e 48; affiancare le istituzioni e le associazioni mediche specializzate nel promuovere campagne di comunicazione, affinché modifichino positivamente i modelli estetici ispiratori della formazione dell'identità e dei comportamenti sociali; impegnarsi a prevedere nei regolamenti interni misure idonee a garantire il rispetto dei principi espressi nel manifesto.

Esiste, inoltre, un consenso diffuso tra gli specialisti che si occupano di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione sulla necessità di regolamentare la pratica di manipolare, con l'uso di *software* specifici, le immagini delle modelle al fine di renderle più magre e modificare la forma di specifiche parti del loro corpo, nonché di promulgare leggi che pongano un argine ai messaggi ingannevoli e fraudolenti dell'industria della dieta.

Vanno poi fortemente stigmatizzate certe fonti pseudoscientifiche che utilizzano i media per divulgare indicazioni terapeutiche estreme (no alla psicoterapia perché crea dipendenza, no agli psi-

cofarmaci perché provocano effetti collaterali e alterano il peso, sì al “fai da te” con le diete veloci e miracolose, sì all’uso di medicine “naturali” non supportate da evidenze scientifiche). Va infine segnalata la presenza di siti web che incentivano le condotte alimentari distorte e promuovono il fascino della magrezza, sui quali è allo studio una legge specifica.

Sebbene nessun dato sia disponibile sull’effetto delle iniziative di salute pubblica finalizzate a ridurre l’incidenza dei disturbi dell’alimentazione, questi sforzi aprono una nuova fase nel campo della prevenzione di detti disturbi, la quale richiede **la stretta collaborazione degli operatori della salute con i politici, le industrie alimentari, i media e l’industria della moda.**

Messaggi chiave

- La combinazione di un ambiente obesogenico (che induce a uno stile di vita sedentario ma nello stesso tempo offre stimoli ripetuti al consumo di alimenti) con un contesto culturale fortemente influenzato dall’industria della dieta e della moda (che idealizza la magrezza e disprezza l’eccesso di peso) può favorire lo sviluppo dei disturbi dell’alimentazione.
- L’uso di diete che prescrivono di evitare determinati alimenti sulla base di “presunte” intolleranze alimentari sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dell’alimentazione in alcune persone predisposte.
- I canoni dell’aspetto fisico promossi dall’industria della moda e della pubblicità sono difficili (o impossibili) da raggiungere per la maggior parte delle persone. Ciononostante, molte persone, con la speranza di adeguarsi a questi canoni, intraprendono un controllo della propria alimentazione, che diventa col tempo sempre più rigido fino a sfociare, nei casi in cui è presente una vulnerabilità, in un vero e proprio disturbo dell’alimentazione.
- Nelle società occidentali, le donne sono incoraggiate a perseguire la magrezza, perché quelle magre sono considerate più intelligenti, competenti e vincenti. Ciò può spiegare perché alcune donne interiorizzano l’ideale di magrezza e sviluppano una valutazione di sé eccessivamente dipendente dal peso e dalla forma del corpo.
- Vanno promossi programmi di salute pubblica volti a migliorare le abitudini alimentari e lo stile di vita nella popolazione generale.
- Le iniziative di salute pubblica finalizzate a ridurre l’incidenza dei disturbi dell’alimentazione richiedono la stretta collaborazione degli operatori della salute con i politici, le industrie alimentari, i media e l’industria della moda.

5. Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione

Prevenzione scolastica

I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione hanno avuto ampio sviluppo e sono stati oggetto di studi controllati in numerosi Paesi occidentali (es. Canada, Stati Uniti, Norvegia, Svizzera, Olanda, Gran Bretagna, Italia, Spagna, Croazia, Australia e Israele), per cui un ampio bagaglio di conoscenze è oggi disponibile sulla loro efficacia e sui loro limiti.

I **programmi di prima generazione** hanno adottato un approccio psicoeducativo (didattico), che forniva informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Questi programmi hanno determinato un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).

I **programmi di seconda generazione** hanno affrontato più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (es. gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso). In generale, questi programmi hanno ridotto alcuni fattori di rischio, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

I **programmi di terza generazione** hanno utiliz-

zato **un approccio educativo interattivo ed esperienziale** e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari. Esempi includono le 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.

I programmi di **prevenzione selettiva** (cioè diretti a una sottopopolazione specifica, come appunto le ragazze di età maggiore di 15 anni) tendono a

ottenere risultati migliori rispetto a quelli di **prevenzione universale** (cioè diretti a un'intera popolazione scolastica). La maggior parte dei programmi universali ha raggiunto l'obiettivo di migliorare le conoscenze dei partecipanti, ma solo pochi hanno prodotto effetti positivi sugli atteggiamenti disfunzionali e sui comportamenti non salutari. La maggior parte dei programmi selettivi, al contrario, ha prodotto effetti positivi sia sugli atteggiamenti disfunzionali sia sui comportamenti non salutari.

Suggerimenti per ottimizzare i programmi di prevenzione

I risultati ottenuti dai programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione permettono di proporre alcuni suggerimenti che possono essere utili per chiunque sia impegnato nel campo della prevenzione scolastica.

Primo, non esiste alcuna evidenza che i programmi di prevenzione scolastica producano effetti dannosi negli studenti. I risultati finora ottenuti possono assicurare i genitori e gli insegnanti che la prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione non ha effetti dannosi sui comportamenti e sugli atteggiamenti dei partecipanti.

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.

Terzo, i risultati scadenti ottenuti dai programmi di prevenzione universale suggeriscono che per il momento non è consigliabile dedicare risorse eco-

nomiche in modo indiscriminato a questi interventi. Tuttavia, dal momento che alcuni casi di disturbi dell'alimentazione derivano dal gruppo degli studenti a basso rischio, la ricerca sulla prevenzione universale dovrebbe continuare e la scuola rimane un luogo importante per attuare questa ricerca.

La *Tabella 5.1* riporta alcuni suggerimenti per ottimizzare l'attuazione e la valutazione dei programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione.

Direzioni future

La maggior parte dei programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione è stata progettata senza essere guidata dalla moderna ricerca sui fattori di rischio. È raccomandabile che

Tabella 5.1 Suggerimenti per ottimizzare l'attuazione e la valutazione dei programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione

- I programmi di prevenzione devono essere inseriti facilmente nel contesto dell'orario scolastico, con lezioni di durata non superiore a 60 minuti
- I conduttori dei programmi devono essere adeguatamente preparati prima di iniziare l'intervento
- Il programma deve essere descritto in dettaglio in un manuale, per facilitare la fedeltà e la disseminazione dell'intervento
- La fedeltà al programma deve essere sempre monitorata, specialmente se l'intervento è eseguito lontano dall'equipe che ha strutturato l'intervento. Può essere opportuno registrare gli interventi effettuati, affinché il supervisore possa valutare se sono stati attuati in modo corretto
- È importante coinvolgere nel programma di prevenzione la maggior parte degli adulti a contatto diretto o indiretto con gli studenti (genitori, insegnanti, preside, amministratori scolastici)
- Dovrebbero essere pianificati incontri di rinforzo, per mantenere e aumentare l'efficacia dell'intervento
- I programmi dovrebbero prevedere misure di esito qualitative e quantitative e registrare anche la possibile comparsa di effetti negativi
- Dovrebbero essere pianificati ed effettuati follow-up a breve termine (6 mesi) e a lungo termine (uno o più anni), per valutare gli esiti dell'intervento

i futuri programmi siano costruiti con lo specifico proposito di affrontare i fattori di rischio evidenziati dalla ricerca.

Alcune strategie per migliorare l'efficacia dei programmi possono essere mutate da altri campi della prevenzione. Per esempio, alcuni interventi psicosociali sono stati disegnati con il proposito di ridurre il rischio di depressione nei figli di persone depresse, mentre nessuno studio è stato finora mirato ai figli dei soggetti con disturbi dell'alimentazione.

Ci sono molte ragioni per **integrare la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione con quella dell'obesità**. Primo, i disturbi dell'alimentazione e l'obesità spesso coesistono. Secondo, un solo intervento è più economico di due, un punto importante da considerare in relazione alle limitate risorse oggi disponibili per la prevenzione. Terzo, vanno evitati i messaggi conflittuali sulla nutrizione, sull'attività fisica e sull'immagine corporea e i potenziali effetti iatrogeni di programmi somministrati separatamente (es. strategie per prevenire l'obesità, come il monitorare l'assunzione degli alimenti, potrebbero promuovere un'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo; viceversa, strategie finalizzate a eliminare qualsiasi forma di restrizione alimentare potrebbero favorire l'adozione di un'alimentazione in eccesso e lo sviluppo di sovrappeso). Un approccio integrato, che bilanci l'importanza di seguire uno stile di vita salutare, per evitare lo sviluppo dell'obesità, con l'importanza di accettare la diversità genetica del corpo umano, per evitare lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione, è una sfida che dovrà essere affrontata e valutata nelle future ricerche.

Poiché gli interventi di prevenzione universale sono poco efficaci, 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, anche tramite l'apertura di siti internet informativi, allo scopo 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.

Infine, è molto improbabile che semplici e brevi programmi scolastici di prevenzione siano in grado di produrre una reale riduzione dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi dell'alimentazione senza azioni finalizzate a modificare i fattori di rischio socioculturali per tali disturbi. L'evoluzione da un modello di prevenzione basato sulla responsabilità personale verso un **modello di salute pubblica** è stata promossa con forza, per esempio, nel campo dell'obesità. Le istituzioni che si occupano di salute pubblica hanno la responsabilità di attuare interventi come il controllo della pubblicità dell'industria della dieta e la promozione di comportamenti di sana alimentazione e salutare attività fisica. Un esempio che ha prodotto effetti positivi è fornito dalle campagne antifumo, che hanno combinato l'intervento educativo con azioni di salute pubblica, come la proibizione di fumare nei luoghi pubblici e le tasse sul tabacco.

Messaggi chiave

- I programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione che hanno ottenuto i migliori risultati sono quelli attuati nelle ragazze di età maggiore di 15 anni, utilizzando incontri multipli, in piccoli gruppi, condotti da professionisti e focalizzati sull'accettazione del corpo.
- Al fine di favorire il ricorso precoce alle cure, è essenziale la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
- Andrebbero promossi interventi preventivi in aree a rischio elevato, come i settori dello sport, della moda e della danza.
- È auspicabile l'evoluzione da un modello di prevenzione basato sulla responsabilità personale verso un modello di salute pubblica.

6. Appropriatazza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Criteria diagnostici nelle principali classificazioni

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (*binge-eating disorder*, BED) nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), prodotto dall'*American Psychiatric Association*, sono presentati nelle *Tablelle 6.1, 6.2 e 6.3*.

In questa nuova edizione del manuale, pubblicata nel maggio 2013, l'amenorrea non figura più tra i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa e la frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie richieste per la diagnosi di bulimia nervosa è stata ridotta da due a una volta a settimana. Il BED compare la prima volta nella sezione sui disturbi dell'alimentazione (nell'edizione precedente del manuale era compreso tra le condizioni

Tabella 6.1 Criteri diagnostici per l'anoressia nervosa secondo il DSM-5

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo

Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2

Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2

Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Tabella 6.2 Criteri diagnostici per la bulimia nervosa secondo il DSM-5

- A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi
- D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo
- E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Tabella 6.3 Criteri diagnostici per il binge-eating disorder (BED) secondo il DSM-5

- A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
- B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale
 2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
 3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
 4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
 5. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata
- C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate
- D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi
- E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana

Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana

Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana

Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

proposte per ulteriori studi). Vengono proposti sottotipi dei disturbi dell'alimentazione basati sulla gravità (in rapporto all'indice di massa corporea per l'anoressia nervosa, alla frequenza delle

condotte compensatorie per la bulimia nervosa, alla frequenza delle abbuffate per il BED).

Nella nuova edizione del manuale compare anche una nuova categoria diagnostica denominata di-

sturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo (*avoidant/restrictive food intake disorder*), caratterizzata da un'apparente mancanza di interesse per il cibo, un evitamento del cibo basato sulle sue caratteristiche sensoriali, o una preoccupazione sulle conseguenze negative dell'alimentazione, che conduce a una riduzione significativa del peso, a un significativo difetto nutrizionale e/o a una marcata interferenza con il funzionamento sociale.

Novità analoghe sono previste nell'undicesima edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che sarà pubblicata nel 2015. Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, l'amenorrea non sarà più tra i criteri diagnostici e il sottopeso sarà definito come un indice di massa corporea uguale o inferiore a $18,5 \text{ kg/m}^2$ per l'adulto e al disotto del 5° percentile (per sesso, età e popolazione) per i bambini e gli adolescenti. Inoltre, verrà suggerita una suddivisione dell'anoressia nervosa, in base a un criterio di gravità, in:

- anoressia nervosa con peso corporeo moderatamente basso (indice di massa corporea superiore a $14,5 \text{ kg/m}^2$);
- anoressia nervosa con peso corporeo pericolosamente basso (indice di massa corporea non superiore a $14,5 \text{ kg/m}^2$).

Per quanto concerne la bulimia nervosa, la soglia di frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie sarà ridotta a una volta a settimana. Saranno incluse nel calcolo anche le crisi bulimiche "soggettive" (quelle, cioè, caratterizzate dalla sensazione da parte del paziente di mangiare una quantità di cibo eccessiva, mentre obiettivamente detta quantità è normale o ridotta). Il BED verrà incluso come categoria diagnostica autonoma.

Va tenuto conto che diversi sintomi e comportamenti – come la restrizione alimentare, le crisi di abbuffate e la sopravvalutazione della forma e del peso del corpo – sono comuni all'anoressia nervosa

e alla bulimia nervosa e che il passaggio dalla diagnosi di anoressia nervosa a quella di bulimia nervosa è piuttosto frequente. Per questo, alcuni autori sostengono una teoria unitaria dei disturbi dell'alimentazione e tendono ad attribuire maggiore importanza alle caratteristiche comuni ai due disturbi, piuttosto che alle differenze.

Strumenti di valutazione psichiatrica e psicologica

L'utilizzo di strumenti diagnostici affidabili è essenziale per la scelta di trattamenti efficaci, per monitorare i fabbisogni di cura e per valutare l'esito. Le **interviste cliniche strutturate o semistrutturate** sono in genere utilizzate a scopo di ricerca. Le più note sono l'*Eating Disorder Examination* (EDE) e la *Structured Diagnostic Interview for DSM-IV* (SCID).

L'EDE è un'intervista semistrutturata che permette di ottenere due tipi di informazioni. Il primo riguarda la frequenza, in termini di numero di episodi o di numero di giorni, di alcuni comportamenti chiave del disturbo dell'alimentazione nelle 4 settimane precedenti. Il secondo riguarda la gravità della psicopatologia, rilevata attraverso il punteggio di 4 sottoscale e un punteggio totale. Le sottoscale rappresentano le aree principali della psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione: restrizione, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma del corpo e preoccupazione per il peso. L'intervista può essere somministrata da medici o psicologi con esperienza nel campo dei disturbi dell'alimentazione e ha una durata di circa 40 minuti. È disponibile la versione italiana.

La SCID è un'intervista strutturata per ottenere le diagnosi psichiatriche secondo il DSM-IV. Può essere utilizzata per la sola parte dei disturbi dell'alimentazione o per tutte le diagnosi psichiatriche, qualora si sia interessati alla comorbidità psi-

chiatrica. Ha il vantaggio di valutare la presenza della diagnosi nel corso della vita (*lifetime*) e non solo nel momento attuale, ma è meno sensibile ai cambiamenti nel tempo e quindi meno adatta alla valutazione dell'esito rispetto all'EDE. Anche questa intervista può essere somministrata da medici o psicologi. Essa ha una durata simile all'EDE. È disponibile la versione italiana.

Il gruppo di lavoro sui disturbi dell'alimentazione della Regione Veneto ha prodotto un'intervista strutturata che include gli item diagnostici della SCID e integra altre essenziali informazioni cliniche. Tale intervista viene attualmente utilizzata da tutta la rete dei centri della Regione per i disturbi dell'alimentazione. L'intervista è accessibile sul sito www.regione.veneto.it.

Per valutare i vari aspetti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili, anche in versione italiana, diversi **questionari autosomministrati**. Tra i questionari che valutano gli aspetti specifici dei disturbi dell'alimentazione vanno menzionati l'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), il *Clinical Impairment Assessment* (CIA), l'*Eating Disorder Inventory* (EDI), l'*Eating Attitudes Test* (EAT), il *Body Uneasiness Test* (BUT), il *Body Attitudes Test* (BAT) e la *Binge Eating Scale* (BES). La compilazione di ognuno di questi questionari da parte dei pazienti richiede un tempo di 10-20 minuti.

L'EDE-Q è la versione autosomministrata dell'intervista EDE. L'attribuzione dei punteggi è sovrapponibile a quella dell'EDE e permette di ottenere dati sia sulla frequenza dei comportamenti sia sulla gravità della psicopatologia.

Il CIA è un questionario autosomministrato costruito per misurare la gravità del danno psicosociale prodotto dal disturbo dell'alimentazione. Lo strumento si compone di 16 item e si focalizza sugli ultimi 28 giorni. Gli item prendono in considerazione il danno nelle aree tipicamente in-

fluenzate dalla psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione: tono dell'umore e autopercezione, funzionamento cognitivo, funzionamento interpersonale e prestazione professionale.

L'EDI è un questionario autosomministrato per la valutazione multidimensionale delle caratteristiche psicologiche rilevanti per l'anoressia nervosa e per la bulimia nervosa. Misura gli aspetti specifici dei disturbi dell'alimentazione (3 sottoscale) e le caratteristiche di personalità e psicopatologiche associate (5 sottoscale). Si compone di 64 item. Le sottoscale esplorano l'impulso alla magrezza, la bulimia, l'insoddisfazione per il corpo, l'inadeguatezza, il perfezionismo, la sfiducia interpersonale, la consapevolezza enterocettiva e la paura della maturità. In una nuova versione dello strumento, l'EDI-2, sono stati aggiunti 27 item raggruppati in 3 sottoscale: ascetismo, impulsività e insicurezza sociale. Recentemente è stato sviluppato l'EDI-3, che non ha aggiunto nuovi item, ma ha riorganizzato i costrutti dell'EDI e dell'EDI-2 adeguandoli ai più recenti sviluppi teorici nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione. Di questa versione è disponibile anche l'edizione italiana.

L'EAT valuta i sintomi e le preoccupazioni tipiche dei soggetti con disturbo dell'alimentazione. Nella sua versione originale è costituito da 40 item su una scala a 6 punti. I punteggi assegnati variano da 0 a 3, cosicché il punteggio totale varia da 0 a 120. Il *cut-off* utilizzato per discriminare i casi dai controlli è di 30.

Il BUT è un test autosomministrato che esplora numerose aree riguardanti l'immagine corporea. Il test si compone di due parti: il BUT-A, che consiste di 34 item raggruppati in 5 sottoscale (fobia del peso, preoccupazioni per l'immagine corporea, evitamento, automonitoraggio compulsivo e depersonalizzazione), e il BUT-B, composto da 37 item che valutano specifiche preoccupazioni per parti o funzioni di corpo.

Il BAT misura l'esperienza corporea soggettiva della persona e le attitudini verso il proprio corpo. È un questionario autosomministrato composto da venti domande che valutano tre aree relative all'immagine corporea: attenzione per la taglia, familiarità con il proprio corpo, confronto con gli altri.

La BES è un test autosomministrato che valuta comportamenti, sensazioni e aspetti cognitivi associati agli episodi di alimentazione incontrollata nelle persone obese. Ogni item della scala è composto da una serie di asserzioni in ordine di gravità del comportamento alimentare. La scala è capace di identificare le persone obese con BED.

Tra gli **strumenti di screening** utilizzati negli studi epidemiologici per individuare i soggetti a rischio in una popolazione va ricordata la forma a 26 item del test EAT (EAT-26). Vari studi hanno dimostrato che un punteggio inferiore a 20 nell'EAT-26 può fare ragionevolmente escludere la presenza di un disturbo dell'alimentazione, mentre punteggi superiori a 20 richiedono un'indagine più approfondita.

Va anche citato il *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEWP-R), messo a punto per l'identificazione e la diagnosi dei soggetti con disturbi dell'alimentazione di tipo bulimico, secondo i criteri del DSM-IV. La scala distingue i soggetti con e senza condotte di eliminazione, indaga il tipo e la frequenza delle abbuffate, la perdita del controllo e il malessere legato agli abusi alimentari, i comportamenti associati alle abbuffate (mangiare più rapidamente del solito, mangiare grandi quantità di cibo senza essere affamati, mangiare da soli) e gli eventuali comportamenti compensatori messi in atto per evitare l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, attività fisica, digiuno).

In quest'ambito va anche segnalato l'*Inventory for the Screening of Eating Disorders* (ISED), costruito e validato in Italia, ma tradotto e validato anche

in lingua inglese. Si tratta di un questionario autosomministrato di 43 item, semplice e veloce da compilare (la risposta da attribuire è di tipo vero/falso), costituito da 2 scale, una specifica per l'anoressia nervosa e l'altra per i disturbi dell'alimentazione con crisi bulimiche e/o comportamenti di eliminazione. Gli item riguardano gli atteggiamenti di restrizione e di evitamento alimentare, il bisogno di controllo sul peso, l'ansia legata al peso, le sensazioni e le pressioni riportate da familiari e conoscenti, l'incapacità di controllare l'impulso ad alimentarsi, l'uso di comportamenti di eliminazione, le preoccupazioni e i sensi di colpa su cibo e peso, l'insoddisfazione corporea. In ambito clinico, oltre alla valutazione di aspetti specifici della psicopatologia alimentare, può essere utile impiegare **strumenti per la valutazione dei sintomi psichiatrici**, come la *Symptom Checklist - 90* (SCL-90), **o della personalità**, come il *Temperament and Character Inventory* (TCI) e il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2).

La SCL-90 è un questionario autosomministrato utilizzato per identificare la sofferenza psicologica. Per ogni item il soggetto deve indicare qual è il livello di sofferenza percepito durante la settimana precedente, con risposte che variano da 0 ("per niente") a 4 ("moltissimo"). I 90 item sono utilizzati per calcolare 3 indici globali di sofferenza e 9 sottoscale. Le sottoscale vanno a indagare i seguenti aspetti: somatizzazione, disturbo ossessivo-compulsivo, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide e psicotismo.

Il TCI è un questionario autosomministrato di valutazione della personalità, che misura quattro dimensioni del temperamento (evitamento del pericolo, ricerca della novità, dipendenza dalla gratificazione e persistenza) e tre dimensioni del carattere (autodirezionalità, cooperatività e autotrascendenza). Il questionario si compone di 240 do-

mande e la sua somministrazione richiede 30-40 minuti.

L'MMPI-2 è un test di personalità la cui somministrazione consiste nel sottoporre al soggetto una serie di affermazioni relative ai suoi vissuti, condizioni fisiche, abitudini, atteggiamenti e pensieri ricorrenti. Gli item, a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso"), sono 567 e la durata della somministrazione è in genere compresa tra 60 e 90 minuti.

Gli **strumenti di valutazione del funzionamento cognitivo** sono attualmente utilizzati prevalentemente nel campo della ricerca.

Il *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) è un test che indaga varie funzioni esecutive superiori, tra cui il pensiero astratto e la flessibilità cognitiva. Una buona prestazione al WCST riflette la capacità di modificare il proprio comportamento in funzione dei cambiamenti ambientali. In generale, i pazienti con disturbi dell'alimentazione presentano punteggi globali maggiori dei controlli, indicativi di difficoltà di astrazione e rigidità cognitiva.

Lo *Iowa Gambling Task* misura la capacità di valutare la ricompensa immediata rispetto alle conseguenze a più lungo termine. Sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, il comportamento è spesso caratterizzato dalla ricerca di gratificazioni immediate, senza considerare le conseguenze negative nel più lungo termine.

La Figura Complessa di Rey-Osterrieth (ROFT) è un test che indaga vari aspetti della cognizione: abilità percettive e visuo-spaziali, memoria incidentale di tipo visuo-spaziale e alcune abilità esecutive superiori quali la pianificazione e l'organizzazione visuo-percettiva. I pazienti con disturbi dell'alimentazione non impiegano tempi maggiori rispetto ai controlli, ma presentano spesso uno stile di pensiero caratterizzato da difficoltà nell'elaborazione delle informazioni globali, con tendenza a "perdersi nei dettagli". Tali alterazioni sarebbero più evidenti nell'anoressia nervosa.

Valutazione dello stato di nutrizione (indagini antropometriche, di laboratorio e strumentali)

Le tre componenti principali che, con caratteristiche e significati diversi, caratterizzano lo stato di nutrizione sono il **bilancio energetico e dei singoli nutrienti**, la **composizione corporea** e la **funzionalità corporea**.

Bilancio energetico e dei singoli nutrienti

Il bilancio energetico, ovvero la differenza tra la quantità di energia e nutrienti introdotta e quella consumata dall'organismo, è ritenuto responsabile delle modificazioni a breve, medio e lungo termine dello stato nutrizionale.

L'**introito di energia e nutrienti** può essere valutato attraverso l'anamnesi alimentare e il diario alimentare.

L'**anamnesi alimentare** è un momento di grande importanza, perché consente di effettuare una prima valutazione nutrizionale e di conoscere l'ambiente sociofamiliare in cui il paziente vive. Di solito si raccoglie chiedendo al paziente di raccontare una giornata alimentare tipo, dalla mattina alla sera, e cercando di identificare la quantità e la qualità del cibo ingerito. Va tenuto conto che sia le persone con anoressia nervosa sia quelle con bulimia nervosa possono fornire informazioni non attendibili, le prime descrivendo pranzi "luculliani", le seconde nascondendo le abbuffate e i meccanismi di compenso.

Il **diario alimentare** consiste nel riportare per iscritto quello che si mangia, descrivendo anche il contesto e le emozioni provate prima e dopo il pasto. Serve al nutrizionista per monitorare l'alimentazione del paziente e le situazioni che determinano problemi e al terapeuta per analizzare con il paziente comportamenti e pensieri nei confronti del cibo, aiutandolo a modificarli nel tempo.

Nella pratica clinica, il **dispendio energetico basale** può essere:

- misurato attraverso la calorimetria indiretta;
- stimato attraverso equazioni di predizione che prendono in considerazione età, sesso, peso e statura.

In tutti i casi andranno applicati coefficienti di correzione per l'attività fisica. Il livello di attività fisica può essere valutato attraverso l'anamnesi (questionari *ad hoc* o diari), eventualmente integrata da dati strumentali (contapassi, accelerometri). Per i soggetti con patologie acute è necessario applicare fattori di correzione che tengano conto delle particolari condizioni cliniche e della necessità di assicurare al paziente una quota di energia e nutrienti sufficiente a superare l'evento acuto. La **calorimetria indiretta** valuta il dispendio energetico a riposo attraverso la misurazione dei gas respiratori: l'ossigeno di un determinato volume di aria inspirata e l'anidride carbonica prodotta. Il paziente respira dentro un casco trasparente ventilato e campioni del gas espirato vengono misurati in tempo reale attraverso speciali sensori paramagnetici. La tecnica si basa sul principio che, nell'organismo, l'ossidazione dei nutrienti porta ai prodotti finali anidride carbonica, acqua e urea. Per risalire al dispendio energetico, esistono diverse equazioni che mettono in rapporto il consumo di ossigeno e i prodotti finali con le calorie. La valutazione del dispendio energetico a riposo, in particolare in presenza di grave sottopeso, può essere d'aiuto per stabilire le necessità energetiche del paziente, consentendogli di recuperare il peso senza esporlo a un eccessivo carico calorico, che può favorire lo sviluppo della *refeeding syndrome*. Gli **accelerometri** sono dispositivi utilizzati nei disturbi dell'alimentazione per valutare in modo oggettivo i livelli di attività fisica dei pazienti, in particolare di quelli con esercizio fisico eccessivo e compulsivo. I diversi strumenti in commercio

consentono di stimare il dispendio energetico dovuto all'attività fisica attraverso la misura della frequenza cardiaca, della risposta galvanica della cute, della temperatura cutanea, del calore dissipato e del movimento. L'utilizzo di questi strumenti permette di valutare in maniera più precisa il dispendio energetico del soggetto e ha evidenziato che i pazienti con anoressia nervosa sotto-stimano i livelli di attività fisica eseguita e che esiste una correlazione tra i livelli di attività fisica oggettivamente misurati e il miglioramento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione.

Composizione corporea

La composizione corporea è considerata un indicatore a lungo termine dello stato nutrizionale, in quanto riflette la disponibilità pregressa di energia e nutrienti. L'aumento della massa grassa o la riduzione della massa magra sono, di fatto, indici di errori nel comportamento alimentare pregresso. Essa può essere valutata attraverso misure antropometriche, la bioimpedenzometria e la densitometria a doppio raggio X.

La misura della composizione corporea va preferita alla semplice misura del peso e al calcolo degli indici a esso correlati (indice di massa corporea), che presentano una bassa specificità nei confronti della malnutrizione, non essendo in grado di dare informazioni sulle diverse componenti: massa magra, massa grassa, acqua. Queste componenti hanno una notevole importanza in termini clinici e prognostici e vanno pertanto misurate/stimate separatamente. Il peso e l'indice di massa corporea mantengono una loro indubbia validità in termini epidemiologici.

L'**antropometria** (misura dello spessore delle pliche cutanee e delle circonferenze) ha un ottimo rapporto qualità-prezzo rispetto ad altre metodiche più sofisticate per la valutazione della composizione

corporea. Esistono equazioni di predizione che, a partire dalle diverse misure antropometriche, consentono di stimare la percentuale di massa grassa o la perdita della massa magra. Per ridurre la variabilità intra- e interoperatore è indispensabile che il rilevamento dei dati antropometrici segua procedure standardizzate, che gli strumenti siano periodicamente tarati e che venga definito per gli operatori l'errore inter- e intraindividuale. Tra i vantaggi vi sono i costi contenuti, la ripetibilità, la rapidità, l'impiego da campo. Tra gli svantaggi si annoverano la variabilità intra- e interoperatore, l'assenza di valori di riferimento (per popolazione, classe di età, sesso, per i sani e per i malati), i risultati spesso definiti come *z-score* (dato individuo – media o mediana della popolazione) o *t-score* (dato individuo – media o mediana della popolazione di pari età), le molte misure proposte (diametri, spessori di pliche cutanee, circonferenze, lunghezze ecc.), la necessità di fare ricorso a equazioni di regressione che hanno un errore implicito.

La **bioimpedenzometria** misura l'impedenza offerta dal corpo umano al passaggio di una corrente elettrica. Questa è funzione dello stato di idratazione e del contenuto in elettroliti. Essendo l'acqua, in condizioni di idratazione normale del soggetto, contenuta quasi esclusivamente nella massa magra in una quota fissa (pari al 73% circa del peso della stessa massa magra), a partire dai dati elettrici è possibile stimare la quota di acqua corporea e quindi la percentuale di massa magra. Tale tecnica, consentendo l'esecuzione delle misure in modo rapido, non invasivo, ripetibile e a basso costo, rappresenta un'importante risorsa nel follow-up della riabilitazione nutrizionale, in particolare per valutare le variazioni del contenuto idrico corporeo e indirizzare l'intervento di riabilitazione nutrizionale per prevenire la *refeeding syndrome*. La metodica stima la composizione corporea in modo meno affidabile in presenza di

stati di disidratazione o iperidratazione (comprese le situazioni di grave sottopeso).

La **densitometria a doppio raggio X** consiste nell'esplorazione dell'intero corpo, o parte di esso, mediante raggi X a due diversi livelli di energia. La tecnica presuppone che il corpo sia costituito da tre componenti che si distinguono per le loro proprietà di attenuazione dei raggi X: massa grassa, massa magra e massa minerale ossea. Nei disturbi dell'alimentazione, la tecnica viene utilizzata anche per la misurazione della densità minerale ossea, allo scopo di diagnosticare e seguire nel tempo l'osteoporosi. È indicata in tutti i pazienti con disturbi dell'alimentazione con indice di massa corporea inferiore a 15 kg/m² oppure con amenorrea di durata superiore ai 6 mesi.

Funzionalità corporea

La misura della funzionalità corporea consente di valutare le conseguenze di errori precedenti nel comportamento alimentare. Un test funzionale potrà stimare i livelli di nutrienti introdotti misurando la funzione che dipende da ciascun nutriente. Così, un ridotto livello di proteine plasmatiche potrà essere indice di un insufficiente apporto proteico, relativo o assoluto; un alterato assetto lipidemico potrà indicare un eccessivo apporto di energia; un'alterata risposta al test di adattamento all'oscurità potrà far pensare a una carenza di vitamina A. La scelta dei parametri da misurare sarà funzione anche del tipo di malnutrizione da indagare: così, per esempio, nel caso di una malnutrizione per difetto (anoressia nervosa) sarà opportuno valutare l'assetto protidemico (albuminemia, prealbuminemia ecc.), mentre nel caso di una malnutrizione per eccesso (BED) l'attenzione dovrà essere rivolta a valutare soprattutto il compenso glicemico e l'assetto lipidemico. In linea di massima, tre gruppi di variabili sono valutabili come indicatori di una funzione corporea

alterata in relazione a un cattivo stato di nutrizione: parametri metabolici (assetto protidemico e lipidemico, compenso glicemico), immunocompetenza (linfocitemia) e funzione motoria (dinamometro elettronico o manuale, test del cammino).

Obiettivi e strumenti terapeutici

L'alleanza terapeutica

I primi incontri con il paziente sono decisivi per stabilire il **rapporto di fiducia e collaborazione necessario al progetto terapeutico**. Il primo contatto con il terapeuta è spesso carico di ansia e sfiducia e caratterizzato dal tentativo di minimizzare i problemi psichici collegati alla malnutrizione. Il colloquio non deve essere orientato in maniera giudicante sul peso del paziente, ma rivolto a una comprensione allargata del significato dei sintomi fisici e comportamentali tanto per il paziente che per il contesto sociofamiliare. Alcune caratteristiche peculiari della struttura di personalità dei pazienti con disturbi dell'alimentazione (la diffidenza e la reticenza della persona con anoressia nervosa; la sfiducia, il senso di inadeguatezza e di vergogna della persona con bulimia nervosa) possono rendere difficile l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica salda. La relazione terapeutica richiede grandi capacità di tollerare atteggiamenti squalificanti nei confronti dell'andamento del progetto terapeutico e delle capacità del terapeuta. Particolare attenzione va posta alla definizione degli obiettivi terapeutici, che spesso, soprattutto agli inizi, possono non coincidere con le richieste del paziente.

Un aspetto cruciale nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione è la necessità di affrontare l'**ambivalenza del paziente nei confronti della cura**. Alcuni pazienti, in particolare quelli sottopeso, non considerano il loro disturbo come un problema, ma al contrario valutano il controllo del peso, della

forma del corpo e dell'alimentazione come una meta o un mezzo per diventare speciali o aumentare il loro valore personale. Altri pazienti hanno un'estrema paura di diventare grassi se abbandonano il loro rigido controllo dell'alimentazione. Altri ancora hanno la paura di cambiare in generale e hanno difficoltà ad affrontare ogni situazione che minacci il loro senso di controllo. Al contrario, alcuni pazienti sembrano molto motivati a cambiare; nella maggior parte dei casi, sono quelli non sottopeso con episodi bulimici ricorrenti. In realtà, in molti di questi l'obiettivo principale è affrontare gli ostacoli alla perdita di peso, cioè gli episodi bulimici, piuttosto che il disturbo dell'alimentazione. Infine, alcuni pazienti hanno avuto precedenti esperienze terapeutiche negative e per tale motivo sono riluttanti a intraprendere nuovi percorsi di cura. Dunque, in ogni trattamento per i disturbi dell'alimentazione è essenziale dedicare molta attenzione all'ambivalenza del paziente e adottare uno **stile terapeutico "coinvolgente"**. In generale, l'approccio per "coinvolgere" i pazienti nel trattamento varia a seconda della loro motivazione individuale al cambiamento, ma in tutti i casi è essenziale trasmettere empatia, comprensione e competenza, promuovere un rapporto di fiducia e fornire un quadro chiaro di quello che il trattamento comporta. Gli studi epidemiologici confermano che una percentuale molto bassa di pazienti con disturbi dell'alimentazione chiede direttamente un trattamento. Per questa ragione, le più qualificate strutture per la gestione di questi disturbi prevedono nella loro offerta di intervento una serie iniziale di colloqui di motivazione, che arrivano a rappresentare fino al 20-30% dell'intero percorso.

Psicoterapie basate sull'evidenza

L'intervento psicoterapeutico nei disturbi dell'alimentazione ha compiuto numerosi progressi. Per

la terapia della bulimia nervosa e del BED sono disponibili vari trattamenti, la cui efficacia è stata ampiamente documentata da studi clinici controllati. Per l'anoressia nervosa, la terapia basata sulla famiglia ha un'efficacia dimostrata negli adolescenti più giovani, mentre non sono ancora disponibili interventi basati sull'evidenza per gli adulti, sebbene ve ne siano alcuni che hanno fornito risultati promettenti. Infine, poco studiato è stato il trattamento dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (Tabella 6.4). Non esistono evidenze sufficienti per affermare in modo definitivo la superiorità di un approccio psicoterapeutico rispetto ad altri e in letteratura esistono indicazioni circa la potenziale utilità dell'integrazione di diversi tipi di intervento psicoterapeutico.

Nei paragrafi seguenti sono descritte le psicoterapie che hanno dimostrato di essere efficaci nelle varie categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, i loro limiti e i problemi che devono

essere ancora risolti per la loro attuazione e diffusione in Italia.

Anoressia nervosa

Le evidenze riguardanti il trattamento psicoterapeutico dell'anoressia nervosa sono scarse. Questo è principalmente dovuto alla difficoltà (pratica ed etica) di effettuare studi clinici controllati in pazienti non stabilizzati, poco collaboranti e con alti tassi di abbandono della terapia. Con poche eccezioni, le linee guida disponibili si basano soprattutto sul parere di esperti del settore, i quali raccomandano un approccio multidisciplinare che includa gli aspetti psichiatrici, psicosociali, medici e nutrizionali. Tutte le linee guida, inoltre, raccomandano una buona integrazione dei trattamenti, da ottenere attraverso adeguati livelli di comunicazione tra gli specialisti e una specifica esperienza/formazione nel settore. La psicoterapia viene in ogni modo considerata un passaggio es-

Tabella 6.4 Lo status artis del trattamento psicoterapeutico dei disturbi dell'alimentazione

Anoressia nervosa

- Non vi sono trattamenti basati sull'evidenza per gli adulti (ma alcuni risultati promettenti non sono ancora stati pubblicati)
- La terapia basata sulla famiglia è efficace nei pazienti più giovani (con meno di 3 anni di malattia) e determina un tasso di remissione del disturbo di circa il 50%

Bulimia nervosa

- Più di 20 studi randomizzati controllati hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN). Tra coloro che completano il trattamento (80-85%), il 40% ha una remissione duratura del disturbo
- La CBT migliorata (CBT-E) permette di ottenere una remissione nei due terzi dei pazienti che concludono il trattamento
- La terapia interpersonale (IPT) è meno efficace rispetto alla CBT-BN alla fine del trattamento, ma a distanza di un anno ottiene i medesimi risultati; sembra, comunque, meno efficace della CBT-E

BED

- La CBT-BN adattata per il BED permette di ottenere una remissione delle abbuffate in circa il 50-60% dei casi che completano il trattamento, ma non determina una perdita di peso nei pazienti in cui coesiste una condizione di obesità
- L'IPT, individuale o di gruppo, adattata per il BED permette di ottenere una remissione delle abbuffate in circa il 50-60% dei casi che completano il trattamento, ma non determina una perdita di peso nei pazienti in cui coesiste una condizione di obesità
- La terapia comportamentale per la perdita di peso (BWL) permette di ottenere a breve termine una riduzione delle abbuffate simile alla CBT e all'IPT e un calo di peso nei pazienti in cui coesiste l'obesità. A 2 anni di distanza, però, l'efficacia di questo trattamento è inferiore alla CBT e all'IPT per quanto riguarda la riduzione delle abbuffate e il recupero del peso

Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati

- La CBT-E permette di ottenere risultati simili a quelli raggiunti nel trattamento della bulimia nervosa (nei pazienti moderatamente sottopeso)
- Non sono stati effettuati studi nei pazienti gravemente sottopeso

senziale nel trattamento dell'anoressia nervosa e può essere effettuata sia individualmente che a livello familiare.

Vi sono forti evidenze dell'efficacia della **terapia basata sulla famiglia**, secondo il modello del *Maudsley Hospital* di Londra, nei pazienti più giovani che vivono all'interno di una famiglia integra. Si tratta di un intervento intensivo ambulatoriale, manualizzato, che promuove il controllo genitoriale della normalizzazione dell'alimentazione e del peso attraverso i pasti familiari dell'adolescente, migliorando allo stesso tempo il funzionamento familiare in relazione allo sviluppo adolescenziale. La terapia ha la durata di un anno, prevede 24 sedute di un'ora ciascuna, gestite da due terapeuti (un clinico primario e un co-terapeuta), e si svolge in tre fasi. Nella "fase uno" (sedute 1-10), i genitori sono assolti dalla responsabilità di causare il disturbo e sono complimentati per gli aspetti positivi del loro ruolo genitoriale. Inoltre, sono incoraggiati a trovare da soli come meglio aiutare a normalizzare il peso corporeo del figlio. Nella "fase due" (sedute 11-16), i genitori sono aiutati a trasferire il controllo dell'alimentazione e del peso al figlio con modalità appropriate per l'età. La "fase tre" (sedute 17-24) è focalizzata sullo stabilire una relazione salutare tra i genitori e l'adolescente. L'intervento è multidisciplinare, perché è associato a visite settimanali con un pediatra o un medico specialista delle complicanze della malnutrizione, a consultazioni frequenti con un dietista e a periodi di ospedalizzazione se il peso del paziente va al di sotto del 75% del peso corporeo ideale oppure se compaiono ipotermia ($< 36,3$ °C), bradicardia (< 50 battiti/min), ipotensione ortostatica (aumento frequenza cardiaca > 35 battiti/min, diminuzione della pressione sistolica > 10 mmHg) o diminuzione del peso al di sotto del 75% del peso corporeo ideale. La presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo in comorbidità sembra diminuire l'efficacia

di questa terapia, mentre nelle famiglie più problematiche (eccessiva iperprotezione o criticismo) la terapia è più efficace se il paziente e la famiglia vengono visti separatamente. La terapia non sembra essere molto efficace se la durata dell'anoressia nervosa è superiore a 3 anni e nella bulimia nervosa. Inoltre, essa non è applicabile quando i genitori sono divorziati o hanno problemi psichiatrici che interferiscono con le procedure del trattamento, o quando è disponibile un solo genitore.

Nei pazienti adulti con anoressia nervosa non ci sono evidenze che suggeriscano la maggiore efficacia di un particolare tipo di psicoterapia rispetto a un altro, anche se probabilmente un trattamento aspecifico è meno efficace di una forma specifica di psicoterapia.

Gli esperti, tuttavia, sembrano indicare la **psicoterapia cognitivo-comportamentale** (CBT) come la forma di terapia più adatta, poiché affronta i principali comportamenti (sottopeso, restrizione alimentare, episodi bulimici, esercizio fisico eccessivo, controllo del corpo) e processi cognitivi (eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) che caratterizzano i disturbi dell'alimentazione. La CBT, inoltre, può essere utilizzata per la prevenzione delle ricadute e per trattare eventuali sintomi ansiosi e depressivi, che spesso persistono dopo il miglioramento del quadro di anoressia nervosa.

Recentemente, è stata messa a punto una forma migliorata di CBT, chiamata CBT-E (*enhanced*), finalizzata alla cura di tutti i disturbi dell'alimentazione. La CBT-E è derivata dalla teoria che considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica. Essa usa diverse nuove procedure e strategie per migliorare l'esito e include moduli per affrontare alcuni ostacoli al cambiamento, come il perfezionismo, la bassa autostima e le difficoltà interpersonali. La CBT-E è stata originariamente progettata per pazienti adulti gestibili

a livello ambulatoriale, ma è stata successivamente adattata anche ai pazienti adolescenti e ai contesti intensivi di cura, come la terapia ambulatoriale intensiva, il day-hospital e il ricovero. Il trattamento può essere somministrato secondo due modalità: una focalizzata (CBT-Ef), che affronta esclusivamente i processi che mantengono la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione, e una allargata (CBT-Eb), che affronta in moduli specifici anche uno o più dei seguenti tre meccanismi: perfezionismo, bassa autostima, problemi interpersonali. La CBT-Eb dovrebbe essere riservata ai pazienti in cui marcati problemi aggiuntivi contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione. La CBT-E ha due intensità di somministrazione a seconda del peso del paziente: una di 20 sedute in 20 settimane per i pazienti con indice di massa corporea $> 17,5 \text{ kg/m}^2$ e una di 40 sedute in 40 settimane per i pazienti con indice di massa corporea $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$. Nei contesti ambulatoriali la CBT-E è somministrata da un unico terapeuta, mentre nei livelli intensivi di cura è attuata da un'equipe multidisciplinare composta da medici, psichiatri, psicologi, dietisti e infermieri professionali che, pur mantenendo il loro specifico ruolo professionale, hanno ricevuto una formazione specifica e applicano le procedure previste dal protocollo di cura.

Studi clinici eseguiti in Italia e in Inghilterra indicano che la CBT-E sembra essere un trattamento promettente per la cura dei pazienti sia adulti sia adolescenti affetti da anoressia nervosa. I dati disponibili indicano che con questa forma di cura due terzi dei pazienti completano il trattamento. Tra quelli che completano il trattamento, più del 50% dei pazienti adulti, un anno dopo la conclusione della terapia, ha un indice di massa corporea superiore a $18,5 \text{ kg/m}^2$ e l'80% circa una psicopatologia residua minima. I dati sembrano anche più promettenti negli adolescenti con anoressia

nervosa, nei quali il centile medio di indice di massa corporea passa da 3,3 all'inizio del trattamento a 35,1 un anno dopo la fine del trattamento, associato nel 90% dei casi con una psicopatologia residua minima.

Un approccio che sembra essere interessante in termini di originalità e meccanismi d'azione è la **terapia di riabilitazione cognitiva**. Si tratta di una terapia su base neuropsicologica che prende spunto dagli interventi riabilitativi che si effettuano nelle malattie neurodegenerative e in malattie psichiatriche come la schizofrenia. L'ipotesi è che, pur in presenza di un'intelligenza generale e di abilità verbali che nell'anoressia nervosa sembrano essere anche maggiori rispetto ai controlli, l'inflessibilità e le difficoltà decisionali possano contribuire ad aggravare la resistenza al cambiamento e che le difficoltà visuo-spaziali contribuiscano alla distorsione dell'immagine corporea. Si tratta di un intervento breve, che può essere effettuato in un ambiente sia ospedaliero sia ambulatoriale. Il trattamento è vissuto in modo positivo dalle pazienti, probabilmente poiché non riguarda aspetti specifici della psicopatologia. Esso sembra essere in grado di aumentare la capacità di riflettere sul proprio stile di pensiero ("metacognizione") e la fiducia di poter intraprendere un cambiamento in aree importanti della vita, inclusa la malattia.

Bulimia nervosa

Per la bulimia nervosa vi sono forti evidenze a favore dell'utilizzo della CBT e, pertanto, in assenza di gravi complicanze mediche e di comorbidità psichiatrica l'intervento psicoterapeutico può essere l'unico trattamento utilizzato.

La **CBT per la bulimia nervosa (CBT-BN)** prevede 19 sedute individuali, della durata di 50 minuti, per un periodo di 4-5 mesi. Il trattamento è diviso in tre fasi. La "fase uno" (prime otto sedute) prevede l'orientamento del paziente nei confronti

del trattamento, l'educazione sul disturbo e sui meccanismi che lo mantengono, l'apprendimento dell'uso dell'automonitoraggio, la misurazione settimanale del peso e l'introduzione di uno schema regolare di alimentazione. La "fase due" (otto sedute) affronta la restrizione dietetica cognitiva e le convinzioni disfunzionali nei confronti del peso e della forma del corpo. La "fase tre" (tre sedute) comprende la conclusione della terapia e la prevenzione delle ricadute.

La CBT-BN, valutata in più di 20 studi randomizzati, ha un'efficacia pari o superiore a tutte le terapie con cui è stata confrontata e determina la remissione completa in circa la metà dei pazienti che concludono il trattamento (che sono circa l'80%). La diminuzione nella frequenza delle abbuffate è accompagnata da una significativa riduzione dei livelli di restrizione alimentare, con un aumento della quantità di cibo assunto tra gli episodi bulimici. Anche la preoccupazione per il peso e la forma del corpo diminuisce significativamente. La terapia, infine, procura un notevole miglioramento della depressione e del funzionamento sociale, un aumento dell'autostima e una riduzione dei comportamenti impulsivi spesso associati alla bulimia nervosa. Gli studi eseguiti hanno dimostrato un buon mantenimento dei risultati a 6 mesi, un anno e 6 anni dopo la conclusione della terapia. Gli studi recenti hanno anche evidenziato che i pazienti i quali rispondono favorevolmente alla CBT-BN possono essere identificati dopo 4 settimane di cura: una riduzione del 70% dei comportamenti di compenso predice, infatti, un esito positivo a distanza di un anno.

La **terapia interpersonale (IPT)** è un'altra psicoterapia che ha dimostrato di essere efficace nel trattamento della bulimia nervosa. L'IPT, originariamente formulata come un trattamento breve per la cura della depressione, si propone di aiutare l'individuo a identificare e a modificare i suoi problemi

interpersonali attraverso un intervento non direttivo e non interpretativo. L'intervento applicato nella bulimia nervosa consiste in 15-20 sessioni della durata di 50 minuti per un periodo di 4-5 mesi. Il trattamento è diviso in tre fasi. La prima ha l'obiettivo di identificare i problemi interpersonali che contribuiscono al mantenimento del disturbo dell'alimentazione, classificati in quattro categorie: lutti non risolti, dispute interpersonali, difficoltà a stabilire o mantenere rapporti, problemi inerenti alle fasi di transizione della vita. Nella seconda fase, uno o più di questi problemi diventano l'obiettivo del trattamento e il paziente è incoraggiato a riflettere profondamente su di essi e su come affrontarli. Nella terza fase si rivedono i risultati ottenuti e si prepara la conclusione della terapia.

Studi clinici randomizzati eseguiti in Inghilterra e Stati Uniti hanno evidenziato che l'IPT, alla fine del trattamento, è meno efficace rispetto alla CBT-BN, ma a distanza di un anno ottiene i medesimi risultati. I miglioramenti determinati dall'intervento si mantengono anche a 6 anni dal termine della cura.

Promettenti risultati preliminari sono stati ottenuti con altre forme di psicoterapia, che si focalizzano maggiormente sul miglioramento della regolazione emotiva (terapia dialettico-comportamentale, DBT) e degli stati affettivi (terapia integrativa cognitivo-affettiva, ICAT).

BED

Gli interventi psicoterapeutici si sono dimostrati utili nella bulimia nervosa e hanno dimostrato una buona efficacia anche nel BED. In particolare, la **CBT-BN**, con alcuni adattamenti, si è dimostrata efficace nello stabilizzare il comportamento alimentare nei pazienti con questo disturbo, con tassi di remissione degli episodi di abbuffate attorno al 50-60%, e nel migliorare la psicopatologia. Il trattamento, tuttavia, non ottiene risultati

soddisfacenti in termini di perdita di peso nei pazienti in cui coesiste l'obesità. Il trattamento con CBT prevede l'esame delle idee disfunzionali, l'identificazione degli stati emotivi che possono innescare le abbuffate e lo sviluppo di modalità più funzionali per fronteggiarli. Viene enfatizzata la capacità di mangiare in modo adeguato, limitando gli eccessi, ma anche concedendosi piccoli strappi alla regola. I pazienti ricevono informazioni sui rischi legati all'obesità, sugli effetti benefici dell'attività fisica e sul valore calorico degli alimenti.

L'IPT, sia individuale sia di gruppo, ha dato risultati positivi simili alla CBT-BN per quanto riguarda la remissione degli episodi di abbuffate e il miglioramento della psicopatologia. Anche con questa terapia non si ottiene un calo di peso significativo nei pazienti in cui coesiste l'obesità.

La **terapia comportamentale per la perdita di peso** (*behavioral weight loss therapy*, BWT), la quale promuove una moderata restrizione calorica, un miglioramento delle abitudini alimentari e un aumento dei livelli di attività fisica, permette di ottenere miglioramenti a breve termine simili alla CBT-BN e all'IPT sugli episodi di abbuffate e sulla psicopatologia e ha il vantaggio di determinare anche un calo di peso. Purtroppo, a due anni di follow-up si verifica il recupero del peso perduto e la CBT e l'IPT sono più efficaci nel determinare la riduzione della frequenza delle abbuffate.

La **terapia dialettico-comportamentale** (DBT) si occupa in modo specifico della gestione delle emozioni, insegnando al paziente ad aumentare la sua capacità di regolarle. Contrariamente alla CBT, si interessa delle abbuffate solo in modo indiretto, cercando di interrompere i circoli viziosi che le inducono e mantengono. Essa ha dimostrato una maggiore efficacia nella riduzione della frequenza delle abbuffate, ma gli effetti benefici del trattamento tendono a scomparire a 12 mesi di follow-up.

Auto-aiuto con i manuali

Negli ultimi 20 anni, sono stati pubblicati numerosi **manuali di auto-aiuto** per i disturbi dell'alimentazione, diretti sia ai pazienti sia alle loro famiglie, che descrivono forme semplificate di CBT. Molti di questi manuali sono disponibili anche in Italia. I manuali di auto-aiuto possono essere utilizzati in vari modi: come unica forma di cura seguita dall'individuo (auto-aiuto puro); con il supporto di un professionista anche non specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione, come un medico di medicina generale (auto-aiuto guidato); come aggiunta a un intervento specialistico. I dati a disposizione indicano che con l'auto-aiuto guidato si possono ottenere la remissione completa degli episodi di abbuffate in circa il 30% dei pazienti e una riduzione significativa del loro numero in circa il 50-60%.

Problematiche aperte e direzioni future

In Italia, ma anche negli altri Paesi occidentali, nonostante la disponibilità di psicoterapie che hanno dimostrato di essere efficaci per un ampio sottogruppo di disturbi dell'alimentazione, **i trattamenti basati sull'evidenza sono offerti ai pazienti solo da una minoranza di centri specialistici**. Questo fenomeno sembra derivare da due problemi principali. Primo, i terapeuti tendono a ritenere che i trattamenti valutati nei centri di ricerca siano inadeguati ad affrontare i molti casi complicati che curano nei contesti clinici del "mondo reale". Secondo, i terapeuti, anche specializzati nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, raramente ricevono una formazione sulle psicoterapie basate sull'evidenza.

Una potenziale soluzione per il primo problema è lo sviluppo di interventi ideati per curare campioni eterogenei di pazienti (es. con comorbidità medica e psichiatrica). In linea con questo obiettivo, gli studi più recenti hanno incluso campioni con tutte le categorie diagnostiche dei disturbi

dell'alimentazione e con presenza di gradi variabili di comorbidità, anche in contesti intensivi di cura, come il ricovero ospedaliero.

Per affrontare il secondo problema è necessario sviluppare **nuove modalità di formazione**. È evidente che il tradizionale modo di promuovere la diffusione delle psicoterapie basate sull'evidenza, come le pubblicazioni scientifiche, i manuali di trattamento e i seminari di 1-2 giorni non sono sufficienti per aiutare il clinico ad acquisire le abilità per somministrare queste forme di trattamento. Un'alternativa potenzialmente efficace potrebbe essere quella di istituire nel nostro Paese corsi postuniversitari specificatamente organizzati per formare i terapeuti ad acquisire le abilità necessarie per utilizzare queste forme di psicoterapie. I corsi dovrebbero includere le metodologie abitualmente usate per formare i clinici negli studi controllati, come la disponibilità di un manuale, l'uso di un approccio didattico interattivo, l'osservazione di sedute attuate da esperti, la pratica del *role-playing*. Sfortunatamente, sebbene corsi intensivi di questo genere possano attrarre un certo numero di partecipanti, solo pochi clinici hanno il tempo e la possibilità di frequentarli. Una potenziale strategia per superare questi ostacoli potrebbe essere l'uso di internet. Questa strategia formativa prevede la costruzione di un sito web *ad hoc* per fornire una formazione interattiva ai partecipanti e la progettazione di misure per valutare la competenza dei terapeuti. Il maggiore vantaggio di questo approccio è la possibilità di formare un ampio numero di terapeuti a basso costo. Lo svantaggio potenziale è la mancanza del contatto diretto faccia a faccia tra discente e docente, che può essere cruciale per incrementare l'entusiasmo e la curiosità nel terapeuta in formazione, nonché la difficoltà di adattare il processo di apprendimento alle capacità, alle motivazioni e al retroterra culturale dei partecipanti.

Un altro problema non ancora risolto è come aiutare i terapeuti formati nelle psicoterapie basate sull'evidenza a praticare il trattamento correttamente una volta terminata la formazione. A tal fine potrebbe essere utile pianificare **momenti periodici di aggiornamento e di supervisione** di casi clinici trattati.

Resta anche da capire come e quando semplificare o intensificare il trattamento. È noto che alcuni pazienti possono beneficiare di forme semplificate di cura, come la psicoeducazione o l'auto-aiuto guidato, mentre altri richiedono trattamenti più prolungati e a volte più intensivi, come il ricovero, rispetto a quelli proposti dalle psicoterapie basate sull'evidenza. Sfortunatamente, non sono ancora disponibili predittori clinici affidabili dell'esito del trattamento ai diversi livelli di cura. Inoltre, non sono stati individuati gli elementi attivi e inattivi delle psicoterapie, cioè quelli che dovrebbero essere sempre inclusi nel trattamento e quelli che potrebbero essere eliminati. Infine, la decisione di intensificare il trattamento si basa ancora sul solo giudizio clinico e non su affidabili dati empirici. L'ultimo e più importante problema da affrontare è quello di migliorare l'efficacia degli interventi psicoterapeutici disponibili. Nonostante gli incoraggianti tassi di guarigione ottenuti dalle psicoterapie sopra descritte, alcuni pazienti non guariscono anche con le forme più intensive di cura. Investire nella ricerca per comprendere meglio le ragioni sottostanti al fallimento del trattamento e per generare procedure e strategie innovative è una sfida prioritaria da affrontare nei prossimi anni.

Interventi per la famiglia

Indipendentemente dall'attuazione di un intervento terapeutico specifico con la famiglia (come la terapia basata sulla famiglia di cui si è detto prima), il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere,

soprattutto per l'anoressia nervosa, un'attenzione particolare al rapporto con i genitori o il partner dei pazienti. Escludere i genitori o il partner dal trattamento può determinare sfiducia e aggressività nei confronti dei terapeuti e aumentare il rischio di un abbandono del trattamento.

L'approccio più utilizzato è quello **psicoeducativo**, il cui scopo principale è fornire ai familiari le informazioni più importanti sulla malattia, sui suoi sintomi, sulle caratteristiche dell'evoluzione a breve e lungo termine, sulle indicazioni e sui livelli più o meno intensivi del trattamento. I programmi psicoeducativi per i familiari sembrano in grado di diminuire il carico familiare e, con esso, l'eccessivo coinvolgimento emotivo e gli atteggiamenti critici nei confronti del paziente.

Gli incontri con i familiari sono effettuati separatamente dagli incontri con i pazienti. È opportuno dare ai familiari un'occasione per parlare delle proprie difficoltà nei confronti del problema alimentare perché, nella cultura dei mezzi di comunicazione di massa, la famiglia è spesso considerata "responsabile" del disturbo e i familiari arrivano alla consultazione colpevolizzati e in apprensione. Nell'esplorazione delle relazioni familiari è difficile distinguere tra gli aspetti primari, che precedono l'insorgenza del disturbo, e quelli che ne sono una conseguenza. Nei primi colloqui è meglio evitare la discussione sui problemi conflittuali più angoscianti, cercando di stabilire un'atmosfera di collaborazione, in cui **i familiari si sentano partecipi del programma terapeutico**, rassicurati dalla possibilità di chiedere indicazioni, alleviati dai sentimenti di colpa. È opportuno stabilire un rapporto che possa rappresentare un punto di riferimento per la famiglia anche nel caso in cui il paziente dovesse rifiutare o abbandonare la terapia. I primi incontri servono soprattutto a completare il quadro diagnostico e a cogliere il punto di vista dei familiari: come è insorto il disturbo, quali

conseguenze ha avuto sul paziente e quali sono state le ripercussioni sulla famiglia e sulle sue relazioni sociali. Le osservazioni dei familiari possono essere utili per individuare un progressivo isolamento sociale oppure l'inizio di rituali ossessivi, di cui il paziente non riferisce.

Il contatto con i familiari può esaurirsi in uno o due incontri, se non vengono individuati particolari bisogni o rilevanti problemi di rapporto. Per le famiglie non molto conflittuali, in cui la coppia genitoriale è integra, può essere indicato partecipare a incontri psicoeducativi di gruppo, dove discutere le strategie e i comportamenti da adottare. Nelle coppie separate o in aperto conflitto, il gruppo dei familiari è poco indicato, mentre possono essere utili incontri con il singolo nucleo familiare per evitare, nella misura possibile, il coinvolgimento del paziente nel conflitto parentale e per aiutare i genitori a facilitare l'autonomizzazione del figlio. Esistono altri casi in cui l'approccio ai familiari risulta notevolmente difficile nonostante un'apparente mancanza di conflittualità: sono quelli in cui il disturbo anoressico, nonostante l'evidente gravità, viene negato dai familiari allo stesso modo in cui viene negato dal paziente. Si tratta in genere di situazioni particolarmente problematiche, che possono arrivare all'osservazione del medico dopo una lunga durata di malattia.

Nella bulimia nervosa, il rapporto con i familiari può essere utile in alcuni casi, per esempio quelli in cui le famiglie sono particolarmente coinvolte, con atteggiamenti che ostacolano il percorso terapeutico del paziente. In molti altri casi, però, il trattamento può avere successo senza un particolare coinvolgimento della famiglia.

Trattamenti farmacologici

Nei disturbi dell'alimentazione i farmaci sono utilizzati per due distinte finalità. La prima è **la cura**

delle patologie psichiatriche che si associano frequentemente a questi disturbi, aggravandoli e spesso interferendo negativamente con l'andamento della patologia di base e con gli esiti dei trattamenti praticati. Le comorbidità più frequenti sono rappresentate dalla depressione maggiore, dal disturbo bipolare, dai disturbi d'ansia, dai disturbi di personalità e dall'abuso di sostanze. Il trattamento farmacologico di questi disturbi è quello proprio del disturbo specifico, deve essere messo in atto fin dall'inizio dell'approccio terapeutico specifico al disturbo dell'alimentazione, protratto fino alla risoluzione del disturbo stesso o mantenuto, secondo le linee di indirizzo terapeutiche specifiche di ognuna di queste patologie.

La seconda finalità della farmacoterapia è **contribuire alla risoluzione dei sintomi specifici dei disturbi dell'alimentazione**. Al riguardo, i dati derivanti dagli studi clinici controllati evidenziano che, nell'anoressia nervosa, alcuni trattamenti farmacologici possono indurre miglioramenti significativi a breve termine dei sintomi psicopatologici associati, come depressione, ansia, pensiero ossessivo, aggressività, mentre il nucleo centrale della malattia rimane immutato o, quando migliora, va facilmente incontro a recidiva nel lungo termine. Nella bulimia nervosa, invece, i risultati delle farmacoterapie sembrano decisamente più soddisfacenti, specialmente a seguito di uso prolungato degli inibitori della ricaptazione della serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) e in particolare della fluoxetina, inducendo la remissione sia delle crisi bulimiche sia dei comportamenti di compenso. Tuttavia, ciò si verifica solo nel 20-30% dei casi trattati e il miglioramento della psicopatologia è troppo spesso seguito da ricadute. Infine, nel BED la farmacoterapia, in particolare con SSRI, può ridurre o determinare, in un sottogruppo di pazienti, la totale regressione delle crisi di abbuffate, ma non riesce a modificare

l'eccesso di peso e la sindrome metabolica che lo accompagna.

Il trattamento farmacologico dei disturbi dell'alimentazione va attuato all'interno di un percorso di cura integrato che preveda il contemporaneo impiego di interventi nutrizionali e psicoterapeutici. Particolare attenzione deve essere prestata, nei soggetti malnutriti, ai possibili effetti collaterali dei farmaci, specialmente quelli a carico della funzione cardiovascolare. Va ricordato che in Italia la fluoxetina è l'unico farmaco approvato specificamente per il trattamento di un disturbo dell'alimentazione (la bulimia nervosa), mentre l'uso degli altri farmaci è da ritenersi al di fuori di quelle che sono le loro indicazioni terapeutiche approvate (*off-label*) e va quindi attuato, secondo la legge n. 94/98 e il vigente codice di deontologia medica, sotto la diretta responsabilità del medico, previa informazione del paziente e acquisizione del suo consenso scritto (se il paziente è minorenne, si applica la normativa specifica), qualora il sanitario ritenga, in base a dati documentabili, che non possano essere utilizzati farmaci per i quali sia già approvata quell'indicazione terapeutica e purché tale impiego sia noto e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Anoressia nervosa

Farmaci antidepressivi

Nell'anoressia nervosa sono stati inizialmente sperimentati i farmaci antidepressivi triciclici e gli inibitori delle monoaminossidasi (IMAO), in studi in aperto o in cieco, a dosi basse e per periodi di tempo variabili fra 3 e 12 settimane, con risultati molto incerti. Infatti, nei più validi studi in cieco si sono osservati effetti significativi a carico dei sintomi depressivi, dello stato ansioso e anche, in parte, dell'ossessività-compulsività, ma quasi nulli sui sintomi psicopatologici specifici della

malattia, quali la ricerca della magrezza e la distorsione dell'immagine corporea. Per di più, i risultati ottenuti non sono stati stabili nel tempo. In seguito sono stati sperimentati gli SSRI, gli inibitori della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (*serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors*, SNRI), la mirtazapina e la sulpiride. Anche questi trattamenti hanno dato risultati soddisfacenti sui sintomi depressivi, sullo stato ansioso e, in parte, sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva, ma quasi nulli sui sintomi specifici dell'anoressia nervosa. È stato sostenuto che la somministrazione di fluoxetina, dopo la ripresa della normale nutrizione e il recupero del peso corporeo, possa prevenire le ricadute della malattia, ma questo risultato non è stato confermato da tutti gli studi.

Farmaci antipsicotici

Nell'anoressia nervosa i farmaci antipsicotici sono stati sperimentati sulla base dell'osservazione che essi inducono aumento di peso nel trattamento a lungo termine dei pazienti psicotici. Gli antipsicotici di prima generazione (clorpromazina, flupentixolo, aloperidolo, pimozide) sono stati utilizzati a dosi relativamente basse e per brevi periodi di trattamento, in studi in aperto e in cieco, con risultati positivi a breve termine sulla ripresa del peso, ma del tutto negativi sulla psicopatologia tipica della malattia che, anzi, viene peggiorata dall'osservazione che il peso cresce indipendentemente dall'assunzione di cibo e quindi dalla possibilità di autocontrollo da parte dei pazienti.

Recentemente sono stati sperimentati gli antipsicotici di seconda generazione, come l'olanzapina, la quetiapina, il risperidone, l'amisulpride, l'aripiprazolo. Gli effetti globali di questi trattamenti sulla malattia sono stati modesti, ma si è osservato che alcuni sintomi possono migliorare. In particolare con l'olanzapina (utilizzata alla dose iniziale di 2,5 mg/die, aumentata fino a un massimo di

5-10 mg/die) si è osservato un miglioramento significativo non solo dei sintomi depressivi e ansiosi, ma anche dell'ossessività-compulsività, dell'aggressività, dell'ostilità, del disturbo dell'immagine corporea.

Terapia ormonale estroprogestinica

La terapia ormonale estroprogestinica non trova indicazione nel trattamento dell'amenorrea nelle pazienti affette da anoressia nervosa in fase di calo ponderale. L'esperienza clinica dimostra che il ripristino del ciclo mestruale indotto dalla terapia ormonale può essere di ostacolo al processo di cura, andando a interferire con la motivazione ad accettare l'intervento nutrizionistico e psichiatrico. Spesso, poi, le pazienti in terapia con estroprogestinici riferiscono un fastidioso senso di gonfiore, che accentua la loro preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Infine, non esistono sufficienti evidenze sull'efficacia di tale terapia sul metabolismo osseo. Questa terapia può trovare invece indicazione:

- in pazienti ancora amenorroiche nonostante l'acquisizione di un indice di massa corporea normale, il mantenimento di un apporto calorico adeguato e la normalizzazione dell'attività fisica;
- qualora si ravvisi la necessità di una contraccezione (in tal caso sarebbe preferibile un preparato transdermico);
- qualora, dopo la normalizzazione del peso corporeo, risultino presenti alcune patologie mediche associate (es. ovaio policistico).

In queste circostanze, spetta all'equipe interdisciplinare (endocrinologo, nutrizionista, psichiatra, psicologo), sulla base delle condizioni cliniche e psicologiche della paziente, valutare il tipo e la durata del trattamento da instaurare.

Altri farmaci

Nell'anoressia nervosa è stato sperimentato l'antistaminico ciproheptadina, nell'ipotesi che la ri-

duzione del senso di sazietà indotta dal farmaco potesse favorire la rialimentazione dei pazienti. I risultati sono stati incoraggianti per quanto riguarda il recupero del peso, in particolare nei pazienti più gravi e poco rispondenti alle terapie, e il miglioramento della sintomatologia depressiva, ma modesti e non confermati per gli aspetti psicopatologici tipici della malattia.

I farmaci pro-cinetici, cisapride e metoclopramide, sono stati sperimentati nel tentativo di accelerare lo svuotamento gastrico, che è rallentato nell'anoressia nervosa. Non vi è stata, tuttavia, evidenza di effetti sui sintomi psichici della malattia né sui danni al tubo digerente.

Gli antagonisti degli oppioidi endogeni, naloxone e naltrexone, sono stati sperimentati nell'ottica di un modello patogenetico di auto-dipendenza proposto per l'anoressia nervosa. Somministrati per breve tempo in un ridotto numero di casi, essi hanno esibito un effetto positivo, anche se transitorio, in particolare sul comportamento bulimico-purgativo.

La clonidina, la cicloserina e i sali di litio sono stati sperimentati nel tentativo di influenzare il senso di fame e di sazietà, ma i risultati ottenuti sono stati molto modesti.

L'impiego dello zinco come terapia aggiuntiva nell'anoressia nervosa è stato suggerito dall'osservazione che molti sintomi tipici degli stati di carenza di questo metallo, quali perdita di peso, dermatiti, amenorrea e depressione, si riscontrano anche nell'anoressia nervosa che, tra l'altro, si accompagna a una riduzione dei livelli ematici di zinco. I risultati degli studi in aperto o controllati in doppio cieco che hanno utilizzato lo zinco sia in forma elementare (50 mg/die per 6 mesi) sia come sale solfato (45-90 mg/die) o gluconato (50 mg/die) hanno mostrato effetti positivi sul recupero di peso e sui sintomi ansiosi e depressivi della malattia, ma non sul suo nucleo psicopatologico.

Bulimia nervosa

Farmaci antidepressivi

Nella bulimia nervosa sono stati sperimentati dapprima i farmaci antidepressivi triciclici e gli IMAO, con risultati modesti sia sulla sintomatologia acuta sia nel mantenimento a lungo termine. In seguito, sono stati sperimentati gli SSRI, gli SNRI, la mianserina, il bupropione, la reboxetina e il trazodone, con una riduzione della frequenza degli episodi di abbuffate e dei comportamenti di compenso nel 60-70% dei casi e un'interruzione di questi comportamenti nel 20-30% dei casi. In questi studi, i farmaci sono stati somministrati a dosi più elevate di quelle comunemente utilizzate per il trattamento della depressione e per periodi di tempo relativamente brevi (8-12 settimane). Va sottolineato che le farmacoterapie si sono rilevate particolarmente indicate nelle forme di bulimia nervosa molto gravi, con crisi di abbuffate e vomito molto frequenti nelle 24 ore e di tale violenza da non permettere un approccio psicoterapeutico immediato. In questi casi, iniziare il trattamento con una farmacoterapia può attutire la violenza della malattia e permettere l'inizio più precoce della psicoterapia. Anche per la bulimia nervosa è stato suggerito che l'uso della fluoxetina, dopo l'apparente guarigione della malattia, può prevenirne le ricadute, sebbene il tasso di aderenza alla terapia farmacologica a lungo termine sembri essere basso.

Altri farmaci

In un piccolo gruppo di pazienti è stato sperimentato l'antipsicotico aripiprazolo, con risultati promettenti. Sono stati sperimentati anche i sali di litio, preparati anticonvulsivanti a spiccato effetto antifame, come il topiramato, preparati antifame semplici come la d-fenfluramina, e altri farmaci quali l'ondansetron, il triptofano, la moclobemide, il naltrexone e il metilfenidato, senza risultati evidenti.

BED

Per il trattamento del BED sono stati sperimentati gli antidepressivi triciclici, in particolare la desipramina e l'imipramina, gli SSRI, gli SNRI e la reboxetina alle dosi massime consentite e per periodi di media durata, con risultati positivi sulla patologia psichica e sulle crisi di abbuffate, ma nessun effetto sul peso e sulla sindrome metabolica, che tendono a permanere immutati quando non trattati con approcci specifici.

Nel BED sono stati anche sperimentati preparati regolatori della fame e della sazietà, in particolare la d-fenfluramina e la sibutramina (farmaci attualmente non più in commercio), con effetti positivi sulle crisi di abbuffate, ma non sugli aspetti più strettamente psicopatologici della malattia. Inoltre, sono stati utilizzati sperimentalmente alcuni antiepilettici (fenitoina, valproato, carbamazepina, zonisamide), sulla scorta della loro efficacia nel trattamento del disturbo da discontrollo degli impulsi. Alcuni studi controllati hanno suggerito l'efficacia del topiramato nel ridurre la frequenza delle crisi di abbuffate, anche se gli effetti sul peso corporeo si sono rivelati alquanto modesti.

Interventi nutrizionali

Gli interventi nutrizionali possono essere attuati mediante diverse procedure, impiegate singolarmente o variamente combinate tra loro. È importante che l'intervento, qualunque sia la procedura adottata, sia iniziato quanto prima. Purtroppo la malnutrizione, sia essa per difetto o per eccesso, presenta un **"punto di non ritorno"** oltre il quale il recupero clinico-funzionale e soprattutto la *restitutio ad integrum* diventano problematici a prescindere dall'intensità dell'intervento. Al fine di programmare in maniera ottimale la modalità e l'intensità dell'intervento nutrizionale, sono essenziali un'accurata valutazione dello stato di nutri-

zione e il confronto all'interno dell'equipe di cura. Il **pasto assistito** rientra in un programma di riabilitazione psiconutrizionale che prevede che il paziente sia assistito durante i pasti da un operatore (in genere lo psicologo o il dietista) per superare gli ostacoli che gli impediscono un'assunzione integrata di nutrienti. I più frequenti ostacoli sono il non mangiare abbastanza (per recuperare peso), il non mangiare abbastanza spesso e il non mangiare una gamma adeguata di alimenti. A tal fine va costruito, possibilmente con il coinvolgimento attivo del paziente, un piano alimentare che affronti le sue specifiche difficoltà. L'operatore che assiste i pasti deve applicare specifiche procedure per aiutare i pazienti a mangiare. Queste includono l'educazione, il supporto, la distrazione e il decentramento dalle preoccupazioni associate al disturbo dell'alimentazione. Il paziente è incoraggiato a non farsi condizionare dalle emozioni, dalle preoccupazioni e dalle sensazioni fisiche (es. sensazione precoce di pienezza) associate all'assunzione del pasto. In alcuni pazienti vanno anche affrontati alcuni rituali alimentari (es. mangiare molto lentamente, tagliare il cibo in piccoli pezzi), spesso secondari al sottopeso, ma che possono essere utilizzati per limitare l'assunzione di cibo.

L'assistenza non deve diventare di tipo "poliziesco" e delatorio, ma essere finalizzata al dialogo e a creare un riferimento fiduciario per il paziente. Gli operatori coinvolti non devono assumere un ruolo autoritario, dare consigli da esperto, ordinare, dirigere, spaventare, criticare, giudicare o prescrivere soluzioni preconfezionate. Devono invece mostrare un vero interesse e rispetto per il paziente e per le sue scelte, comprendere e aggirare le resistenze, mostrarsi incuriositi dai pensieri del paziente per farlo incuriosire, comprendere le difficoltà e la paura del cambiamento.

I **supplementi nutrizionali orali** hanno il compito di supplire a un'alimentazione carente *in toto* o

per specifici nutrienti. Le linee guida concordano nel giudicare tali prodotti un importante strumento per la prevenzione e il trattamento della malnutrizione per difetto, ma anche sulla necessità di arrivare alla loro prescrizione dopo un percorso che passi attraverso la valutazione dello stato di nutrizione. In commercio esistono diverse formulazioni, nutrizionalmente complete o incomplete, con densità energetica e bilanciamenti diversi.

I supplementi orali nutrizionalmente completi possono essere suddivisi in due categorie: quelli con una formulazione nutrizionale di tipo "standard" e quelli con formulazioni "adattate" per la gestione dietetica di una specifica condizione patologica. Per distinguere una formulazione standard sul piano nutrizionale da una formulazione adattata, i principali parametri sono lo stato degli ingredienti (in forma monometrica o polimerica), la distribuzione energetica e la densità energetica. La tipica espressione di una formulazione standard può essere ricondotta ai seguenti requisiti: ingredienti in forma polimerica; una distribuzione energetica con un 15% di proteine, un 55% di carboidrati e un 30% di grassi; una densità energetica di 1 kcal/ml. Le formulazioni adattate si discostano in varia misura dai parametri sopra elencati per far fronte a determinate condizioni patologiche. Tali formulazioni possono avere un contenuto maggiore di proteine, per il trattamento di situazioni gravi di malnutrizione. Possono anche contenere ingredienti specifici (es. arginina, glutamina, nucleotidi, acidi grassi omega-3) per la gestione dietetica di patologie a carattere infiammatorio o legate a deficit immunitari. Alcune formulazioni sono adattate al trattamento dell'insufficienza epatica (con un apporto maggiore di aminoacidi ramificati e un apporto ridotto di aminoacidi aromatici), dell'insufficienza respiratoria (con un'alta percentuale di kcal da grassi, prevalentemente insaturi, e una riduzione di quella in

carboidrati) o dell'insufficienza renale (con un ridotto contenuto in proteine, sodio, potassio e fosfati e un più elevato contenuto di vitamine idrosolubili). Vi sono inoltre formulazioni semi-elementari ed elementari, indicate in caso di compromissione delle capacità digestive, per la prevalente o esclusiva presenza di macronutrienti in forma parzialmente o totalmente idrolizzata.

I supplementi orali nutrizionalmente incompleti si caratterizzano per un contenuto selettivo di macro e micronutrienti. Non rappresentando una fonte nutrizionalmente completa, vanno utilizzati per integrazioni mirate, volte ad assicurare o complementare l'apporto alimentare di specifici nutrienti.

I supplementi nutrizionali orali sono presentati in genere in formulazione liquida (200-300 ml), ma sono disponibili anche come polveri da aggiungere a liquidi (tè, minestre) o come barrette o budini. Se utilizzati in modo razionale, essi offrono diversi vantaggi nei pazienti con disturbi dell'alimentazione sottopeso. Primo, durante la fase di recupero del peso essi possono fornire il surplus energetico necessario senza che il paziente debba ricorrere a un eccessivo uso di alimenti ordinari (es. consumo giornaliero di due bevande energetiche da 250 kcal ciascuna, oltre alla razione alimentare ordinaria necessaria per mantenere il peso). Secondo, essi possono essere eliminati una volta raggiunto un peso normale, senza dover ridurre la razione alimentare ordinaria che il paziente sta consumando. Terzo, nel paziente in cui l'apporto di energia con la razione alimentare ordinaria non è sufficiente per mantenere il peso, essi possono essere usati transitoriamente al fine di ottenere un bilancio energetico in pareggio. Quarto, essi sono relativamente semplici da utilizzare.

La **nutrizione artificiale** viene attuata somministrando miscele nutrizionali, preferibilmente per via enterale (tramite sonda nasogastrica). Si tratta di un intervento medico (non quindi di una mi-

sura ordinaria di assistenza) che prevede il consenso informato del paziente o del suo delegato, secondo le norme del codice deontologico. Nel caso del paziente con un disturbo dell'alimentazione, essa va proposta con la dovuta prudenza, in quanto modifica in maniera radicale il rapporto con il cibo, può provocare sintomi gastroenterici importanti e può modificare il peso corporeo in modo non accettabile dal paziente.

La nutrizione artificiale è indicata in pazienti gravemente malnutriti, avendo come obiettivi:

- il ripristino della massa magra;
- la preservazione o il ripristino di un'adeguata immunocompetenza;

- il contrasto o la prevenzione delle complicanze metaboliche;
- l'attenuazione del danno cellulare e una migliore modulazione della risposta metabolica allo stress e alla fame;
- la prevenzione dell'insufficienza cardiaca e/o respiratoria.

Anche il ricorso alla nutrizione artificiale in situazione di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) va valutato con le opportune attenzioni: se è vero che può rappresentare un intervento salvavita, è anche vero che modifica e rende probabilmente più complicato il rapporto del paziente con l'equipe curante.

Messaggi chiave

- Sono oggi disponibili, anche in lingua italiana, vari strumenti di valutazione psichiatrica e psicologica per i disturbi dell'alimentazione. Essi comprendono alcune interviste cliniche strutturate o semistrutturate, vari questionari autosomministrati e alcuni strumenti per la valutazione dei sintomi psichiatrici associati, della personalità e del funzionamento cognitivo.
- Per la valutazione dello stato di nutrizione, sono essenziali la valutazione dell'introito di energia e nutrienti (anamnesi alimentare, diario alimentare), la misurazione del dispendio energetico basale (calorimetria indiretta), la misura della composizione corporea (antropometria, bioimpedenzometria, densitometria a doppio raggio X) e la misura della funzionalità corporea (parametri metabolici, immunocompetenza, funzione motoria).
- In ogni trattamento per i disturbi dell'alimentazione è essenziale dedicare molta attenzione all'ambivalenza del paziente e adottare uno stile terapeutico "coinvolgente".
- Tra gli interventi psicoterapeutici, è documentata l'efficacia della terapia basata sulla famiglia per gli adolescenti con anoressia nervosa e della terapia cognitivo-comportamentale e di quella interpersonale per la bulimia nervosa e per il BED.
- Il programma di trattamento dovrebbe sempre prevedere, soprattutto per l'anoressia nervosa, un'attenzione particolare al rapporto con i familiari. L'approccio più utilizzato in questo ambito è quello psicoeducativo.
- Nei disturbi dell'alimentazione, i farmaci possono essere utilizzati per le patologie psichiatriche frequentemente associate (come la depressione maggiore e i disturbi d'ansia) oppure, sempre nell'ambito di un percorso di cura integrato, per contribuire alla risoluzione dei sintomi specifici. A quest'ultimo scopo, l'unico farmaco approvato in Italia è la fluoxetina per la bulimia nervosa.
- Gli interventi nutrizionali comprendono il pasto assistito (nell'ambito di un programma di riabilitazione psiconutrizionale), i supplementi nutrizionali orali (per supplire a un'alimentazione carente *in toto* o relativamente a singoli nutrienti) e la nutrizione artificiale (in pazienti gravemente malnutriti, previo consenso informato del paziente o del suo delegato).

7. Appropriatazza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Requisiti strutturali e strumentali per la diagnosi e per la cura

L'intervento terapeutico da praticare nei disturbi dell'alimentazione viene deciso sulla base di una valutazione clinica che prende in considerazione i seguenti elementi:

- il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità;
- le condizioni fisiche generali del paziente e le eventuali alterazioni degli indici di funzionalità organica;
- il profilo psicopatologico e personologico del paziente (compresa la prevedibile aderenza alla cura);
- l'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche;
- la storia di eventuali trattamenti precedenti;
- le dinamiche familiari e la situazione socio-ambientale (compresa la prevedibile collaborazione dei familiari e delle altre persone significative nei confronti dell'intervento terapeutico).

Inoltre, come sottolineato dalla conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, l'intervento deve essere modulato in rapporto all'età del paziente.

La valutazione deve essere interdisciplinare ed

effettuata da un'equipe specialistica che possa tradurre i risultati raggiunti in un percorso terapeutico strutturato o in precise indicazioni che portino alla presa in carico in strutture della rete regionale per i disturbi dell'alimentazione. Il percorso diagnostico potrà essere riportato in una cartella interdisciplinare o in un sistema di cartelle condivise dove venga comunque riportato con evidenza il percorso interdisciplinare. Vi potrà essere all'interno dell'equipe un responsabile della gestione della cartella o del sistema di cartelle condivise. Una parte di tale cartella potrebbe essere condivisa da tutte le equipe che si occupano dei disturbi dell'alimentazione (nodi della rete), in modo da facilitare i "passaggi" del paziente da un'equipe all'altra (es. passaggi legati a necessità di diversa intensità terapeutica) e permettere di seguire il paziente evitando ripetizioni inutili di esami, valutazioni e altre indagini.

Gli elementi critici per la valutazione clinica possono essere suddivisi in:

- **diagnosi internistico-nutrizionale:** indispensabile non solo per il proprio contributo diagnostico e per definire le problematiche internistiche e nutrizionali del caso, ma anche ai fini di fornire un giudizio medico sulla possibilità di continuare il percorso in ambito ambulatoriale o la necessità di avviare il pa-

ziente a terapie in regime ospedaliero/residenziale (ricovero in un reparto di medicina interna o in strutture residenziali o semiresidenziali per la riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione);

- **diagnosi psicologico-psichiatrica:** mirata alla diagnosi del disturbo, da cui ricavare anche un'eventuale indicazione per un invio in ambito psichiatrico (es. in caso di comorbidità psichiatrica, rischio di suicidio, abuso di sostanze), e alla valutazione dei vissuti ambientali e delle possibili interferenze dell'ambiente familiare e sociale del paziente nei confronti dell'eventuale processo terapeutico.

La terapia dei disturbi dell'alimentazione richiede **strutture e personale specializzati**, che assicurino un approccio interdisciplinare sia per i trattamenti di tipo ambulatoriale sia per quelli intensivi di degenza parziale o totale. I livelli di terapia utili (ambulatorio, day-hospital, degenza) sono **prescelti in base al grado di gravità, dipendente dalle condizioni fisiche, psicologiche e familiari del paziente**. La disponibilità di tutti questi livelli di assistenza è da ritenersi necessaria.

Ai fini dell'appropriatezza dell'intervento, è indispensabile che le equipe dedicate ai disturbi dell'alimentazione definiscano e strutturino i propri interventi tenendo presenti le linee guida e le raccomandazioni espresse dalla comunità scientifica internazionale.

Il livello minimo dell'appropriatezza dovrebbe avere i seguenti obiettivi:

- il ripristino di uno stato nutrizionale sano e di comportamenti alimentari fisiologici e salutari;
- l'interruzione dei comportamenti non salutari di controllo del peso;
- il supporto psicologico in merito alla possibilità di modificare i comportamenti alterati di nutrizione;

- l'identificazione e la gestione degli aspetti psicologici e relazionali della malattia;
- l'identificazione e il trattamento delle condizioni di comorbidità.

I luoghi di cura: strutture ambulatoriali, strutture riabilitative, ospedale

Il luogo ideale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione è il contesto ambulatoriale.

Il trattamento ambulatoriale, infatti, non interrompe la vita del paziente, come accade con il day-hospital e il ricovero, e i cambiamenti effettuati tendono a persistere perché conseguiti dal paziente nel suo ambiente abituale di vita. Nonostante ciò, un certo numero di pazienti (circa il 30%) non risponde al trattamento ambulatoriale e ha bisogno di cure più intensive.

L'unità ambulatoriale specialistica

L'ambulatorio risponde all'esigenza di avere a disposizione un centro a diretto contatto sia con il territorio sia con le altre strutture sanitarie specifiche (medico di medicina generale, ospedale generale, servizio di salute mentale). Esso costituisce **il nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica** e svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici, di day-hospital e di ricovero ordinario, in relazione agli elementi clinici emersi durante l'iter diagnostico. Oltre alla fase diagnostica, il livello assistenziale ambulatoriale svolge anche compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno presentato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi ma che, comunque, manifestano fattori di rischio che non possono essere trascurati.

La dimensione ambulatoriale consente un contatto diretto con la popolazione, promuovendo la ricerca epidemiologica e costituendo un punto

di riferimento per l'informazione e l'educazione delle categorie a rischio e delle figure con esse a più stretto contatto (genitori, insegnanti e medici di medicina generale). La presenza di personale qualificato e in grado di fare riferimento a una comune metodologia operativa fa di questa sede il luogo ideale per la formazione delle figure professionali chiamate alla diagnosi e alla terapia dei disturbi dell'alimentazione.

L'unità ambulatoriale intensiva o centro diurno

La terapia ambulatoriale intensiva è un trattamento sviluppato **per i pazienti che non rispondono al trattamento ambulatoriale convenzionale**. Essa va attuata in un centro ambulatoriale specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione. L'atmosfera del centro dovrebbe essere tale da permettere al paziente di sentirsi come a casa. Il centro dovrebbe essere equipaggiato, in aggiunta ai tradizionali ambulatori per la psicoterapia e le visite mediche, di una cucina (con piano cottura, forno a microonde, frigorifero con un ampio freezer e lavastoviglie), una sala da pranzo dove attuare l'alimentazione assistita (che può essere la stessa cucina), una sala ricreativa con televisione, computer, accesso a internet e tavoli per poter studiare e leggere.

La terapia ambulatoriale intensiva va attuata da un'equipe multidisciplinare composta da psichiatri, psicologi, medici nutrizionisti e dietisti, infermieri ed educatori. Il dietista prepara e assiste i pazienti durante i pasti consumati nel centro e aiuta i pazienti a pianificare il fine settimana e a rivedere i problemi incontrati nei pasti consumati al di fuori del centro. Lo psichiatra e/o lo psicologo attuano la psicoterapia. Lo psichiatra gestisce l'eventuale comorbidità medica e psichiatrica, avvalendosi del supporto di specialisti delle altre branche mediche.

L'unità di riabilitazione intensiva ospedaliera

La riabilitazione intensiva ospedaliera va eseguita in un reparto specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione che sia in grado di fornire al paziente **un programma che integri la riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica**. In Italia queste strutture sono state sviluppate sia in reparti di riabilitazione intensiva nutrizionale sia in reparti di riabilitazione psichiatrica.

Questo tipo di intervento andrebbe praticato preferibilmente in un'unità aperta, per permettere ai pazienti in condizioni mediche stabili di avere permessi di uscita giornalieri e di ricevere visite. Elementi chiave del trattamento dovrebbero essere lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilità del paziente nel cambiamento comportamentale. L'unità aperta, rispetto ai tradizionali reparti chiusi, ha il vantaggio di esporre i pazienti a un ampio numero di stimoli ambientali che possono contribuire al mantenimento del disturbo dell'alimentazione, una strategia fondamentale per ridurre il deterioramento dopo la dimissione e limitare la dipendenza dei pazienti nei confronti della struttura.

L'organizzazione di un reparto di riabilitazione ospedaliera richiede che il trattamento sia attuato da un'equipe multidisciplinare, tipicamente costituita da psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e operatori socioculturali.

L'unità di ricovero ordinario

Le unità di ricovero ordinario possono avere sede in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione per difetto grave, e in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario, la comorbidità psi-

chiatrica e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO). È opportuno che in alcuni reparti internistici siano riservati dei letti per pazienti con disturbi dell'alimentazione, al fine di evitare, per quanto possibile, che essi vivano a stretto contatto con pazienti terminali, con persone molto anziane, con pazienti che presentano gravi problemi internistici e frequenti urgenze mediche. Anche se il reparto non ha in organico personale specializzato nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, il personale medico e infermieristico deve acquisire, anche attraverso un'adeguata formazione, una competenza specifica nel trattamento delle complicanze mediche (es. *refeeding syndrome*) e nella gestione dei problemi di relazione che si manifestano con questi pazienti (es. il controllo dell'alimentazione e dei comportamenti di eliminazione). Anche in alcuni reparti psichiatrici è opportuno che vi siano letti dedicati ai pazienti con disturbi dell'alimentazione, per motivi in parte simili a quelli dei reparti internistici. È tuttavia difficile, nei reparti psichiatrici, evitare del tutto il contatto con pazienti particolarmente gravi e agitati e con situazioni potenzialmente traumatizzanti. Anche per questo motivo il ricovero di pazienti con disturbi dell'alimentazione nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura dovrebbe essere limitato a casi di estrema gravità e a quelli in cui è necessario un TSO. Anche al personale del reparto psichiatrico è richiesta una competenza specifica sulle caratteristiche cliniche dei pazienti, sulle loro particolari abitudini alimentari, sulle particolari modalità di rapporto che stabiliscono nell'ambiente in cui si trovano.

Criteri di appropriatezza dell'equipe multidisciplinare e del contesto di cura

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- **l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato**, che coinvolge psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri;
- **la molteplicità dei contesti di cura**, dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, all'alimentazione e all'attività fisica).

Un approccio interdisciplinare presenta diversi vantaggi, ma può anche comportare alcuni svantaggi. Il maggiore vantaggio è che la presenza di clinici con competenze multiple può facilitare la gestione di pazienti complessi con gravi problemi medici e psichiatrici coesistenti con il disturbo dell'alimentazione. Gli svantaggi possono essere divisi in due categorie principali. Primo, un trattamento con molteplici terapeuti incoraggia i pazienti a parlare di problemi specifici con terapeuti specifici, per cui nessun terapeuta osserva e apprezza l'intero quadro clinico. Secondo, l'applicazione di un trattamento da parte di terapeuti che non hanno un modello teorico e clinico condiviso facilita la comunicazione di informazioni contraddittorie ai pazienti sul loro disturbo e sulle strategie per gestirlo. Questo può creare confusione nei pazienti sui problemi da affrontare e generare la sensazione di non essere in controllo durante il trattamento. Inoltre, può aumentare il rischio di divisioni e conflittualità tra i membri dell'equipe, che possono essere utilizzate dai pazienti per aumentare la loro resistenza alla cura.

Per evitare questi problemi è **auspicabile che l'in-**

tera equipe riceva una formazione sul modello di trattamento praticato, al fine di avere con il paziente un approccio coerente e non contraddittorio. Inoltre, è fondamentale che i terapeuti, pur mantenendo i loro ruoli professionali specifici, condividano la stessa filosofia e utilizzino un linguaggio comune con i pazienti. È anche consigliabile che siano specificati chiaramente i ruoli e le aree d'intervento di ogni membro dell'equipe e che siano realizzati incontri periodici di revisione tra i pazienti e i membri dell'equipe per discutere i vari elementi del trattamento e la loro relazione reciproca. Questo consente a tutti i membri dell'equipe di avere un quadro completo del disturbo di ciascun paziente e di non inviargli messaggi contraddittori.

Organizzazione dell'assistenza

Nella cura dei disturbi dell'alimentazione sono disponibili in Italia cinque livelli d'intervento:

- **medico di medicina generale o pediatra di libera scelta**;
- **terapia ambulatoriale specialistica** (ospedaliera e non);
- **terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno** (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);
- **riabilitazione intensiva residenziale o riabilitazione psichiatrica** (includere le comunità terapeutico-riabilitative);
- **ricoveri** ordinari e di emergenza.

Questi livelli di intervento, con le loro specificità strutturali e operative, sono da considerarsi elementi di una rete assistenziale, che va articolata sia longitudinalmente sia trasversalmente. Longitudinalmente perché un paziente può avere bisogno, durante il decorso del disturbo dell'alimentazione, di modalità assistenziali eterogenee in relazione all'andamento della malattia e alla

presenza di complicanze internistiche e/o psichiatriche. Trasversalmente perché i pazienti con disturbi dell'alimentazione, in relazione al grado di comorbidità/fragilità/disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico al livello meno intensivo di cura e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento, secondo un modello a passi successivi.

Tutte le strutture comprese nella rete assistenziale per la gestione dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero rispondere a criteri di qualità strutturale e di processo, al fine di offrire al paziente un'assistenza ottimale. In particolare, è opportuno che siano presenti le figure professionali prima elencate e che siano attuate le procedure diagnostiche e terapeutiche prima descritte.

Indicazioni e percorsi assistenziali

Primo livello: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

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.

Prevenzione primaria

Sebbene l'efficacia dei programmi di prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione non sia stata ancora completamente dimostrata, alcuni

studi recenti hanno evidenziato che con appropriati interventi è possibile aumentare le conoscenze delle giovani e modificare alcune attitudini disfunzionali che possono favorire lo sviluppo di queste patologie. Il medico di medicina generale può intervenire educando le sue pazienti più giovani a una sana alimentazione e attività fisica, aiutandole ad adottare una filosofia di vita che bilancia il cambiamento e l'accettazione. Purtroppo, nella nostra società i giovani sono frequentemente bersagliati dal messaggio che è possibile modificare il peso e la forma del corpo a proprio piacimento. Questo non è assolutamente vero. Una giovane donna può migliorare la sua alimentazione e i suoi livelli di attività fisica per tenersi in forma e, se è in sovrappeso o obesa, può porsi l'obiettivo di raggiungere un realistico decremento ponderale (es. circa il 10%). Non può, però, modificare le sue forme corporee determinate dalla genetica e raggiungere e mantenere un peso corporeo molto al di sotto del suo livello naturale. Le limitazioni biologiche nei confronti del dimagrimento sono una realtà e una dieta troppo rigida e prolungata può portare, in alcuni casi, allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. È fondamentale, quindi, che le giovani donne **siano aiutate nel difficile compito di accettare quello che non può essere cambiato.**

Infine, il medico di medicina generale può cercare di aiutare le adolescenti in normopeso (indice di massa corporea compreso tra 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m²) a non intraprendere diete ipocaloriche. Alcune ricerche hanno dimostrato che una dieta ipocalorica nei giovani normopeso aumenta di 8 volte il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione.

Screening e diagnosi precoce

Uno dei principali problemi che affliggono il campo dei disturbi dell'alimentazione è il ritardo

con cui viene posta la diagnosi. Tale ritardo può avere serie ripercussioni sulla storia naturale del disturbo, perché più precocemente si inizia un trattamento maggiori sono le possibilità di successo. Purtroppo non sempre è facile per un medico non specialista porre una diagnosi precoce dei disturbi dell'alimentazione. Nelle sezioni che seguono sono fornite alcune indicazioni a questo proposito.

Rilevazione dei segnali di allarme

Esistono **segnali di allarme** per la presenza o il rischio di insorgenza di un disturbo dell'alimentazione, rilevabili direttamente attraverso il colloquio con la paziente o che possono essere raccolti dai familiari, nell'ambulatorio del medico generalista. Questi generalmente comprendono: grave perdita di peso, paura irragionevole di ingrassare, preoccupazione intensa per il peso e la forma del corpo, amenorrea da almeno tre cicli consecutivi, abbuffate o presenza di dieta ferrea (saltare i pasti, ridurre le porzioni, dividere i cibi in buoni e cattivi), comportamenti frequenti di controllo del cibo e del corpo, evitamento dell'esposizione del corpo, coesistenza di tali sintomi con un cambiamento dell'umore, isolamento sociale, ansia, disturbi gastrointestinali.

Un medico generalista può sentire l'esigenza di un colloquio con i familiari, da programmare nel rispetto del segreto professionale e della normativa sul trattamento dei dati personali, in due casi:

- quando i familiari si sono rivolti a lui per ricevere un parere, perché preoccupati dal comportamento del figlio (in tal caso il medico può svolgere un colloquio educativo-informativo con i familiari e consigliare i comportamenti utili nel caso specifico);
- quando egli abbia riscontrato segnali di allarme nel contatto con il paziente (in tal caso egli può chiedere ai familiari se essi abbiano notato

la presenza di tali segnali e chiedere delucidazioni sul comportamento alimentare del soggetto). Nel caso il medico abbia sviluppato la convinzione che sia in atto un problema clinico, potrà continuare il dialogo con i familiari su queste basi.

Identificazione di nuovi casi

Sebbene i nuovi casi di anoressia nervosa non siano un'evenienza comune nell'ambito della medicina di famiglia – in media un medico di famiglia con 1500 assistiti ha uno o due pazienti che soffrono di questo disturbo –, la bulimia nervosa e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati raggiungono una prevalenza di circa il 5% tra le giovani donne e, quindi, sono di più facile osservazione da parte del medico di medicina generale.

Gli studi disponibili indicano che **meno della metà dei casi clinici di disturbi dell'alimentazione è identificato a livello della medicina di base**. Nonostante ciò, i pazienti affetti da questi disturbi consultano il medico di famiglia frequentemente prima di ricevere la diagnosi per un'ampia varietà di sintomi gastrointestinali, ginecologici e psicologici che potrebbero, se accuratamente valutati, far sospettare la diagnosi.

Le difficoltà che devono affrontare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nel diagnosticare un disturbo dell'alimentazione derivano da due cause principali. La prima riguarda la natura della psicopatologia di questi disturbi, caratterizzata da negazione, ambivalenza, segretezza e vergogna, che rendono difficile per il paziente parlare apertamente del problema alimentare con il medico curante. La seconda è la scarsa esperienza clinica dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i disturbi dell'alimentazione. Questo li può portare a essere ansiosi e insicuri circa l'atteggiamento da assu-

mere, oppure a fare dei commenti critici verso i comportamenti attuati dal paziente, oppure a sottovalutare i sintomi iniziali del disturbo. Inoltre, la diagnosi a volte non è posta se il medico non considera che i disturbi dell'alimentazione possono insorgere anche in gruppi non a rischio, come i bambini, gli uomini e le donne in età avanzata.

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. L'impiego di alcuni semplici questionari di screening può facilitare questo processo, ma il più efficace strumento è che il medico consideri la possibilità che il paziente abbia un disturbo dell'alimentazione e che, quindi, sia adeguatamente preparato alla sua valutazione anche in una fase prodromica.

In concreto, non è pratico né conveniente che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta attuino uno screening per i disturbi dell'alimentazione in tutti i loro pazienti, perché la prevalenza di questi disturbi nella popolazione generale è bassa. Può, però, essere consigliabile che essi rivolgano a ogni nuovo paziente **un paio di domande chiave** durante la raccolta dell'anamnesi – per esempio, “Pensa di avere un problema alimentare?” e “Si preoccupa eccessivamente del peso e della forma del suo corpo?”. Se il paziente risponde in modo affermativo a una di queste domande, vanno rivolte in modo empatico e non giudicante domande specifiche sui comportamenti che egli adotta per controllare il peso e la forma del suo corpo.

I gruppi ad alto rischio all'interno della popola-

Tabella 7.1 Questionario SCOFF per identificare le persone con disturbi dell'alimentazione

	Si	No
• Ti induci il vomito quando ti senti eccessivamente pieno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ti preoccupi se hai perso il controllo su quanto hai mangiato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recentemente hai perso più di 6 kg in un periodo di 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pensi di essere grasso, mentre gli altri dicono che sei troppo magro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diresti che il cibo domina la tua vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zione generale da considerare nello screening sono le adolescenti e le giovani donne con indice di massa corporea basso o elevato, con preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, disturbi mestruali o amenorrea, sintomi dispeptici e problemi psicologici. Nei gruppi ad alto rischio può essere utile utilizzare un questionario di screening, come l'EAT-26 e lo SCOFF. Quest'ultimo (*Tabella 7.1*) si compone di sole cinque domande (a ogni "sì" viene assegnato il punteggio di 1 e un punteggio totale di almeno 2 indica un possibile caso di anoressia nervosa o bulimia nervosa). Va comunque sottolineato che i questionari non permettono di porre una diagnosi, ma solo di considerare il paziente a rischio di avere un disturbo dell'alimentazione.

Caratteristiche che fanno sospettare la presenza di anoressia nervosa

Nel caso dell'anoressia nervosa, il primo contatto con il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta è generalmente attuato da un membro della famiglia preoccupato, da un amico o da un insegnante, piuttosto che dal paziente. Le preoccupazioni espresse riguardano in genere la perdita di peso, l'adozione di regole dietetiche estreme e rigide, come per esempio saltare i pasti o eliminare moltissimi alimenti, e, in molti casi, un aumento dell'attività fisica. Sono spesso riportati cambiamenti del tono dell'umore e alterazioni del sonno. Le caratteristiche psicopatologiche tipiche – la paura d'ingrassare e la valutazione di sé dipendente

in modo predominante o esclusivo dal controllo esercitato sul peso, sulla forma del corpo e sull'alimentazione – non sono sempre presenti. In particolare, nei soggetti più giovani a volte non è riportata la paura di ingrassare.

Nei casi di anoressia nervosa la presenza di emaciazione è il segno da ricercare primariamente, ma nelle fasi iniziali del disturbo i pazienti si possono presentare al medico di medicina generale anche prima di aver raggiunto una marcata perdita di peso, riportando sintomi fisici aspecifici, come dolori addominali, gonfiore addominale, stipsi, intolleranza al freddo, perdita di capelli, alterazioni della pelle e delle unghie. La presenza di amenorrea associata a una perdita di peso non spiegata va sempre investigata nella popolazione a rischio. A volte allergie o intolleranze alimentari presunte o la sindrome da stanchezza cronica possono precedere l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione e causare una confusione diagnostica. Infine, l'arresto della crescita staturale nei bambini deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione.

In genere, i casi tipici di anoressia nervosa possono essere diagnosticati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta senza troppa difficoltà, attraverso la raccolta dell'anamnesi e la valutazione delle attitudini del paziente nei confronti del peso e della forma del suo corpo. Al contrario, la diagnosi è spesso ritardata quando il medico prescrive un eccesso di esami bioumorali e strumentali o invia il paziente a specialisti che

non si occupano di disturbi dell'alimentazione (es. ginecologo, allergologo, gastroenterologo).

Caratteristiche che fanno sospettare la presenza di bulimia nervosa

Generalmente i pazienti con bulimia nervosa hanno un'età maggiore di quelli con anoressia nervosa e tendono a consultare il medico di medicina generale da soli. A volte è presente una storia pregressa di anoressia nervosa o di insoddisfazione corporea e di vari tentativi di perdita di peso. Con appropriate domande, emerge in questi pazienti la presenza di regole dietetiche estreme e rigide interrotte da episodi bulimici seguiti dal vomito autoindotto.

Nel caso il paziente non sveli la presenza di un problema alimentare, alcuni sintomi e segni fisici possono indirizzare verso la diagnosi di bulimia nervosa. I sintomi specifici includono la richiesta di perdita di peso, la presenza di alterazioni mestruali e le conseguenze fisiche del vomito autoindotto o dell'uso improprio di lassativi e diuretici. I sintomi non specifici includono stanchezza, sensazione di gonfiore addominale, dolore addominale, stipsi, diarrea, pirosi gastrica e mal di gola. I segni fisici, non sempre presenti, sono la conseguenza del vomito autoindotto (es. erosioni sul dorso delle mani, erosioni dello smalto dei denti, ingrossamento delle ghiandole parotidiche). La presenza di questi sintomi e segni in una giovane donna dovrebbe essere sempre considerata un segnale di allarme per un possibile disturbo dell'alimentazione.

Diagnosi differenziale

Le principali diagnosi differenziali che il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta dovrebbero considerare sono le seguenti. Per quanto riguarda la perdita di peso: malassorbimento (es. morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali), neo-

plasie, uso illecito di sostanze stupefacenti, infezioni (es. tubercolosi), malattie autoimmunitarie, malattie endocrine (es. ipertiroidismo). Per quanto riguarda l'amenorrea: gravidanza, ovaio policistico, prolattinoma, problemi uterini e altre malattie ipotalamiche. Per quanto riguarda i disturbi psichiatrici: depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, somatizzazioni e, raramente, psicosi.

Valutazione del rischio fisico

Una volta confermato il sospetto di un disturbo dell'alimentazione, il medico dovrebbe valutare il rischio fisico attraverso un accurato esame obiettivo e la prescrizione di esami bioumorali e strumentali.

L'esame obiettivo dovrebbe includere:

- misurazione del peso e dell'altezza (una perdita di peso > 1 kg a settimana può porre l'indicazione per un ricovero urgente; negli adolescenti, un indice di massa corporea al di sotto del 5° percentile indica una condizione di sottopeso);
- misurazione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa – la presenza di bradicardia marcata (< 50 battiti/minuto) e di grave ipotensione (pressione arteriosa massima < 80 mmHg) indica la presenza di rischio fisico;
- misurazione della temperatura corporea (i pazienti con malnutrizione per difetto hanno in genere le mani e i piedi freddi e una temperatura corporea inferiore ai 36 °C);
- esame delle estremità (la presenza di acrocianosi ed edema sono segni di grave malnutrizione per difetto);
- auscultazione cardiaca (la presenza di battiti irregolari in un paziente con disturbo dell'alimentazione indica la presenza di rischio fisico).

Un'estensiva valutazione laboratoristica e strumentale non è generalmente necessaria nel caso che il medico sospetti un disturbo dell'alimentazione in un contesto di medicina primaria. Molti

esami risultano normali anche in condizioni di estremo sottopeso e costituiscono uno scarso ausilio per la valutazione del rischio fisico. Una lista ragionevole di esami da prescrivere, se non ci sono altre indicazioni diagnostiche, è la seguente: emocromo completo; elettroliti serici (calcemia, fosforemia, magnesemia, potassiemia, sodiemia, cloremia); creatininemia; creatinfosfochinasi; test di funzionalità epatica; glicemia; esame delle urine; elettrocardiogramma (se ci sono sintomi e segni di compromissione cardiaca); test di funzionalità endocrina (misurazione dei livelli serici di FSH, LH, prolattina); densitometria a doppio raggio X (se l'indice di massa corporea è $< 15 \text{ kg/m}^2$ o percentile equivalente o è presente amenorrea di durata superiore ai 6 mesi).

Invio ai centri di cura specialistici

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta dovrebbero essere in rete e avere la possibilità di comunicare facilmente con il centro regionale di riferimento per i disturbi dell'alimentazione, per richiedere una valutazione specialistica se hanno accertato la presenza o hanno il sospetto di un disturbo dell'alimentazione in un loro assistito. In questo caso dovrebbero preparare una relazione per i colleghi del secondo livello di cura, allegando gli esami bioumorali e strumentali eseguiti. Qualora sia presente una condizione di rischio fisico moderato-elevato o un'instabilità psichiatrica, il medico dovrebbe valutare l'opportunità di fare eseguire una valutazione medica o psichiatrica urgente attraverso l'invio al pronto soccorso di riferimento.

In pratica, in Italia solo poche Regioni sono organizzate in un sistema di rete e in molti casi l'invio è effettuato a specialisti di conoscenza, che non sempre adottano trattamenti basati sull'evidenza o seguono le linee guida esistenti. Dal momento che un trattamento inadeguato può favo-

rare la cronicizzazione del disturbo dell'alimentazione, la scelta del centro di cura secondaria è un passo fondamentale che il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta dovrebbero compiere con estrema attenzione. Per valutare se un centro di cura secondario è adeguato per la cura dei disturbi dell'alimentazione, il medico dovrebbe considerare i seguenti punti:

- è consigliabile che il centro sia specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione e non sia un centro generico di psicoterapia o di dietologia;
- il centro dovrebbe avere un'equipe composta da almeno un medico, uno psicologo-psicoterapeuta e un dietista per affrontare le problematiche mediche, psicosociali e nutrizionali dei disturbi dell'alimentazione;
- il centro dovrebbe essere in contatto con un presidio ospedaliero per un eventuale ricovero riabilitativo o in day-hospital (eventualità che si verifica in circa il 30% dei casi);
- il centro dovrebbe adottare terapie raccomandate da linee guida e/o che abbiano un'evidenza di efficacia;
- il centro dovrebbe erogare sia trattamenti basati su un programma nutrizionale per la normalizzazione del peso e del comportamento alimentare sia interventi psicoterapeutici per affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione;
- nell'equipe del centro dovrebbe essere sempre presente un medico per valutare e trattare le eventuali complicanze mediche associate ai disturbi dell'alimentazione e i disturbi psichiatrici coesistenti;
- diffidare di quei centri che non forniscono informazioni chiare su durata, costi, risultati, modello teorico di riferimento e linee guida adottate.

Nel caso la gestione del paziente con disturbo

dell'alimentazione sia condivisa tra il medico di medicina generale e il centro di cura secondario, ci deve essere 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.

Trattamento dei casi lievi

Intervento motivazionale ed educativo

Il paziente non va mai confrontato direttamente e criticato per il suo comportamento, ma va aiutato in modo non giudicante ad analizzare il significato del suo comportamento, valutando, a breve e a lungo termine, i vantaggi e gli svantaggi che ha ottenuto dalla perdita di peso e i benefici e i costi che potrà avere da un eventuale cambiamento. Il colloquio motivazionale deve essere affiancato da un intervento educativo che informi in modo scientifico e non terroristico il paziente dei rischi medici e psicologici del suo disturbo, delle opzioni terapeutiche disponibili e dei risultati che può ottenere. Tale intervento deve essere strutturato in modo idoneo al contesto della medicina generale, specifico perché fondato su incontri brevi e frequenti e su un forte rapporto di fiducia, e perché il medico conosce già da tempo il soggetto e ha potuto riflettere sulle esperienze raccolte nei precedenti contatti.

Auto-aiuto guidato

Alcuni medici di medicina generale motivati e interessati a trattare i disturbi dell'alimentazione possono curare nel contesto della medicina primaria alcuni casi lievi di bulimia nervosa e BED

utilizzando l'auto-aiuto guidato. Alcune ricerche condotte in Inghilterra hanno dimostrato, infatti, che buoni risultati nel trattamento di questi disturbi possono essere ottenuti anche da medici di famiglia che abbiano seguito un breve addestramento all'utilizzo dell'auto-aiuto con manuali derivati dalla CBT per i disturbi dell'alimentazione. Con questa forma di trattamento si può ottenere in circa il 20-30% dei pazienti la remissione completa degli episodi bulimici e in circa il 50-60% una riduzione significativa del numero degli episodi.

Per applicare l'auto-aiuto guidato non è necessario essere specialisti nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione; basta avere una buona conoscenza del programma descritto nel manuale. L'auto-aiuto guidato implica che l'individuo affetto da un disturbo dell'alimentazione applichi il programma e venga seguito attraverso incontri regolari con il medico di medicina generale. Per la cura della bulimia nervosa e del BED sono sufficienti 8-10 incontri della durata di 20-30 minuti, da eseguire ogni 2 settimane. Poiché il programma prevede che il paziente diventi terapeuta di se stesso, il ruolo del medico non è direttivo, ma è di supporto all'esecuzione del programma. In pratica, il medico di medicina generale aiuta il paziente a valutare i propri miglioramenti, fornisce incoraggiamento e, nei momenti difficili, lo aiuta a identificare i problemi e a risolverli usando le procedure descritte nel manuale.

Uno dei compiti centrali del medico di medicina generale che conduce l'auto-aiuto guidato è mantenere elevata la motivazione del paziente. Un altro compito è assicurarsi che il paziente abbia eseguito le attività previste dalla fase del programma. Oltre a ciò, deve accertarsi che il paziente proceda nel programma a un ritmo appropriato, né troppo in fretta, né troppo lentamente. Il terapeuta deve anche assicurarsi che il paziente aderisca

Tabella 7.2 Principali componenti di un programma di auto-aiuto guidato eseguibile in un contesto di medicina generale (adattata da Fairburn, 2008)

Componenti	Procedura	Scopo
Passo 1. Iniziare l'autonitoraggio e misurare il peso	Fare riportare in tempo reale in un'apposita scheda l'ora, il cibo e le bevande consumate, il luogo, gli episodi di vomito o di assunzione di lassativi e i commenti Incoraggiare il paziente a misurare il suo peso una volta a settimana	Aiuta il paziente ad avere un quadro chiaro di quello che mangia e di conseguenza dell'esatta natura del problema. Aiuta a interrompere comportamenti che appaiono automatici e non controllabili Aiuta il paziente a non pesarsi troppo spesso o non pesarsi affatto, due comportamenti che aumentano la preoccupazione per il peso
Passo 2. Mangiare in modo regolare	Iniziare a seguire un'alimentazione regolare (mangiare ogni 4 ore e non mangiare tra un pasto e l'altro) Interrompere il vomito autoindotto, l'uso improprio di diuretici e di lassativi	Fornisce struttura alle abitudini alimentari e interrompe l'alternanza di abbuffate e restrizione dietetica Aiuta il paziente a interrompere comportamenti estremi e dannosi di controllo del peso
Passo 3. Adottare alternative alle abbuffate	Preparare e adottare attività alternative alle abbuffate	Fornisce al paziente una strategia per resistere all'impulso di abbuffarsi
Passo 4. Soluzione dei problemi e revisione generale	Usare la procedura di risoluzione dei problemi Fare una revisione dell'andamento del programma	Aiuta a risolvere i problemi che possono influenzare cambiamenti dell'alimentazione Aiuta a valutare se continuare o meno il programma di auto-aiuto
Passo 5. Dieta e altri modi di evitare il cibo	Affrontare le regole dietetiche estreme e rigide residue (eliminazione di vari alimenti, riduzione delle porzioni)	Aiuta a interrompere la restrizione dietetica cognitiva che aumenta il rischio di abbuffate
Passo 6. E poi?	Prevenire le ricadute Affrontare gli altri problemi	Aiuta a sviluppare un piano per prevenire le ricadute Aiuta a valutare se affrontare con una terapia altri problemi (es. preoccupazione eccessiva per peso e forma del corpo, problemi di depressione, ansia, scarsa autostima)

sca agli scopi del programma (Tabella 7.2), ma deve mantenere sempre una posizione di secondo piano, perché è il paziente con il disturbo dell'alimentazione che è responsabile della conduzione del programma e del suo cambiamento.

Ruolo durante il trattamento specialistico e nel follow-up

Durante un programma di trattamento specialistico, è opportuno un rinforzo da parte del medico di medicina generale sul paziente circa la sua perseveranza nel seguire il programma ambulatoriale in-

trapreso, da attuare con partecipazione, comprensione e fermezza. Possono essere utili contatti tra lo specialista e il medico di medicina generale qualora si verificano crisi nell'adesione al trattamento.

La remissione o guarigione di un disturbo dell'alimentazione è seguita da un periodo di protezione da parte dello specialista e il paziente, durante questa fase, può giungere all'osservazione del medico di medicina generale. Il medico potrà monitorare il buon andamento dei comportamenti del paziente, rassicurandolo e consigliandolo a perseverare nell'attuazione del percorso

prescritto e a diffidare dei pensieri disfunzionali circa il peso e la forma del corpo che dovessero riaffiorare.

Secondo livello: terapia ambulatoriale specialistica

La terapia ambulatoriale deve essere considerata quella di elezione per i soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione. I trattamenti più intensivi dovrebbero essere riservati ai casi (circa il 30%) che non rispondono al trattamento ambulatoriale o la cui acuzie non sia gestibile a questo livello. Il trattamento ambulatoriale include l'utilizzazione di psicoterapie la cui efficacia è basata sull'evidenza, ma spesso non si limita a questo. Coinvolge diverse figure professionali in una prospettiva integrata e include, ove indicato, gli interventi motivazionali, la gestione psicofarmacologica, la psicoeducazione, la riabilitazione nutrizionale e la gestione internistica, il supporto e la psicoeducazione dei familiari.

I centri in grado di erogare questo tipo di terapia devono avere a disposizione diverse figure professionali che lavorano in modo integrato, in conformità a un progetto terapeutico condiviso con il paziente ed, eventualmente, i familiari. Tra le figure professionali essenziali vi sono lo psichiatra, lo psicologo, l'internista, il nutrizionista, l'endocrinologo, il dietista e l'infermiere professionale. La condivisione del progetto terapeutico all'interno dell'equipe richiede da parte di tutte le figure professionali una capacità di collaborazione integrata con rispetto delle reciproche competenze, la discussione collegiale dei casi e una gestione concordata e unitaria delle difficoltà proposte dai singoli casi e dei tentativi manipolativi messi in atto dai pazienti resistenti al trattamento.

Molti casi giungono all'osservazione clinica senza

una vera e propria consapevolezza di malattia e a volte la scarsa consapevolezza è condivisa anche dai familiari. La fase iniziale dell'intervento ambulatoriale in questi casi viene dedicata soprattutto alla creazione di una **relazione terapeutica**, anche attraverso tecniche motivazionali. In alcuni casi la gravità clinica è tale da richiedere fin dall'inizio l'intervento di internisti e nutrizionisti, con eventuale prescrizione di supplementi nutrizionali orali, con l'obiettivo di gestire le complicanze mediche prima che sia necessario un ricovero ospedaliero ordinario. In altri casi, la gravità è dovuta alla coesistenza di sintomi psichiatrici gravi, come depressione, sintomi ansiosi e ossessivo-compulsivi, suicidalità e disturbi del controllo degli impulsi. Tali sintomi possono richiedere l'utilizzo di trattamenti psicofarmacologici e, nei casi più gravi, un ricovero in ambiente psichiatrico.

Una volta esclusa la presenza di complicanze mediche e di un rischio psichiatrico acuto, il terapeuta discute con il paziente gli obiettivi e le indicazioni del trattamento, tenendo presenti le sue aspettative e le sue richieste, fino ad arrivare a un progetto terapeutico condiviso. Gli interventi psicoterapeutici che hanno dimostrato la loro efficacia in studi controllati, come la CBT, richiedono un'alta collaborazione da parte del paziente e, nel caso dell'anoressia nervosa, la stabilizzazione della situazione internistica. I fattori che possono ostacolare la realizzazione di un percorso di CBT sono: il rifiuto delle cure, una gravità della condizione clinica che compromette la capacità di collaborazione del paziente, la presenza di sintomi ossessivo-compulsivi e/o depressivi gravi o di autolesionismo, un'alta conflittualità familiare, la presenza di deficit intellettivi e infine le difficoltà logistiche, come la lontananza dai centri in grado di erogare la terapia, gli impegni lavorativi, le difficoltà sociali. In questi casi, il trattamento am-

bulatoriale si avvale comunque di tecniche psicoeducazionali e riabilitative e di eventuali trattamenti farmacologici, riservandosi di iniziare la CBT (o altra terapia efficace) quando la situazione lo consenta.

Nella maggior parte dei casi è utile il coinvolgimento dei genitori, fondamentale nel caso di pazienti molto giovani, o del partner. I familiari, se il coinvolgimento è possibile, rappresentano un'importante risorsa per il trattamento e possono essere coinvolti nella gestione domiciliare dei pasti, soprattutto quando i pazienti sono in età adolescenziale. Un approccio di tipo psicoeducazionale con i familiari ha lo scopo di migliorare le loro conoscenze sul disturbo, evitando le colpevolizzazioni, e di aiutare i genitori a promuovere la crescita e l'autonomia dei figli, pur mantenendo un atteggiamento di supporto e comprensione.

Anche se la CBT ha una durata definita e standardizzata, il trattamento ambulatoriale nel suo complesso ha una durata variabile, che dipende dalla diagnosi e dalla gravità clinica, nonché dalla presenza di ricadute. In genere, si stima che il trattamento ambulatoriale dell'anoressia nervosa richieda almeno 12-24 mesi, mentre nella bulimia nervosa il trattamento dura dai 6 ai 12 mesi.

Terzo livello: terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno

Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard. Esempi includono pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso oppure pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto che non sono in grado di modificare le abitudini alimentari dopo alcune settimane di cura.

In rari casi il trattamento può essere indicato come prima forma di cura. Esempi includono pazienti con lunga durata del disturbo dell'alimentazione che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti; pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i pasti; pazienti con grave riduzione dell'autostima i quali durante gli incontri di valutazione diagnostica affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza.

La terapia ambulatoriale intensiva è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

A differenza dei tradizionali trattamenti intensivi per i disturbi dell'alimentazione, come per esempio il ricovero o il day-hospital, che hanno l'obiettivo di ottenere il massimo cambiamento della psicopatologia specifica (es. normalizzare il peso e ridurre l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo), la terapia ambulatoriale intensiva è stata ideata per affrontare solo specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo). Una volta affrontati con successo questi ostacoli, il trattamento continua con la terapia ambulatoriale standard. In tal modo si evita il ricorso a trattamenti intensivi più costosi, come il day-hospital e il ricovero.

Il trattamento può durare fino a un massimo di 12 settimane, ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili dello scarso progresso con la terapia ambulatoriale standard. I pazienti dovrebbero frequentare l'ambulatorio durante i giorni feriali dalle 13.00 alle 20.00 e il trattamento dovrebbe

includere una combinazione delle seguenti procedure:

- tre pasti assistiti al giorno (allo scopo di aiutare il paziente a esporsi a cibi di incerto contenuto calorico e a situazioni che prevedono l'alimentazione sociale, può essere utile accompagnarlo a consumare il pasto in pizzeria, al fast-food o al ristorante in alcuni casi durante la settimana);
- due sedute di psicoterapia individuale a settimana;
- due sedute con il dietista a settimana;
- una visita medica a settimana;
- incontri con i familiari o il coniuge (sempre nel caso degli adolescenti, se il paziente acconsente nel caso degli adulti), per discutere come creare un ambiente a casa che faciliti gli sforzi del paziente di mantenere i cambiamenti dell'alimentazione al di fuori dell'ambulatorio.

Nelle fasi finali della terapia ambulatoriale intensiva, il paziente dovrebbe essere incoraggiato a consumare sempre più pasti fuori dall'ambulatorio e il trattamento dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard.

La terapia ambulatoriale intensiva ha due vantaggi rispetto al tradizionale trattamento in day-hospital: è meno costosa e consente al paziente di continuare ad affrontare il disturbo dell'alimentazione con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale standard, evitando così l'interruzione della relazione terapeutica.

Quarto livello: riabilitazione intensiva residenziale

La riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione è intensiva (cod. 56 o ex art. 26), in quanto la riabilitazione estensiva utilizzata per altri ambiti (es. geriatico, ortopedico) non consente l'approccio multidisciplinare e l'intensità di cura (almeno 180 minuti/die) necessari. La riabilitazione intensiva può

essere erogata in regime di day-hospital, quando realizzabile logisticamente e qualora le condizioni generali del paziente lo consentano, oppure in regime ospedaliero.

La riabilitazione intensiva rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- il livello di gravità e comorbidità è elevato;
- l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è gravoso;
- gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno – per ragioni sia cliniche sia economiche – concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato;
- precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare.

Nello specifico, ci sono quattro situazioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo ospedaliero:

- la mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo;
- la presenza di rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.

Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo

Numerosi dati indicano che l'entità del cambiamento nelle prime settimane di cura è predittivo dei risultati a lungo termine e che se non si verifica un miglioramento nei primi mesi di cura raramente il paziente lo otterrà prolungando il trattamento ambulatoriale. Purtroppo, non abbiamo ancora dati definitivi su quanto tempo "al massimo" sia opportuno mantenere un paziente in te-

rapia ambulatoriale senza un miglioramento significativo. Come guida elastica, da adattare al singolo caso clinico, si può considerare l'indicazione di **nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura ambulatoriale**.

Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

Esistono condizioni che, determinando un rischio fisico moderato, rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale. Esempi includono:

- peso corporeo molto basso (indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$);
- rapida perdita di peso corporeo ($> 1 \text{ kg}$ a settimana per almeno 6 settimane);
- elevata frequenza di vomito autoindotto;
- elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici;
- elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea $< 17,5 \text{ kg/m}^2$.

Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

C'è un consenso clinico sul fatto che la presenza di alcuni disturbi psichiatrici coesistenti con il disturbo dell'alimentazione rende inappropriato il trattamento ambulatoriale. Esempi includono:

- elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave;
- depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale;
- elevata impulsività;
- uso continuativo di sostanze.

Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale

C'è un consenso diffuso sul fatto che la presenza di alcune difficoltà psicosociali ostacola il trattamento ambulatoriale e rende necessario un trat-

tamento in un reparto riabilitativo ospedaliero. Le più comuni difficoltà psicosociali che possono ostacolare il trattamento ambulatoriale sono le seguenti:

- isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione o alla psicopatologia psichiatrica associata);
- interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei disturbi dell'alimentazione più gravi);
- ambiente familiare problematico (presenza in famiglia di una o più persone con disturbi dell'alimentazione o dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico; presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti della paziente; presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente).

Alcuni pazienti possono giovare di un trattamento riabilitativo in day-hospital, se non rispondono alla terapia ambulatoriale ma presentano condizioni fisiche e psicosociali che permettono di passare la notte fuori dall'ospedale.

La *Tabella 7.3* riporta uno schema di appropriatezza del ricovero riabilitativo intensivo ospedaliero approvato dalla Regione Veneto. Il ricovero riabilitativo intensivo è controindicato nei pazienti con condizioni di rischio fisico elevato, uso improprio continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

La lista d'attesa

L'unità di riabilitazione intensiva dovrebbe fare del proprio meglio per ridurre al minimo la durata della lista d'attesa. Un lungo periodo di attesa (> 12 settimane) può avere effetti negativi sul paziente, soprattutto se ha già manifestato la

Tabella 7.3 Valutazioni antropometriche ed esami bioumorali e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sottopeso e sospetta malnutrizione per difetto

Il ricovero è indicato se sono soddisfatti uno o più dei seguenti criteri	Sì	No
1. Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida		
• Nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Basso peso corporeo (indice di massa corporea < 15 kg/m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rapida perdita di peso (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di vomito autoindotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di lassativi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di uso improprio di diuretici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sintomi e segni che indicano un'instabilità medica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale		
• Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave (es. farsi tagli o bruciature)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Depressione grave con o senza rischio suicidario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Elevata impulsività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uso improprio di sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale		
• Isolamento sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ambiente familiare problematico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

disponibilità al trattamento. Una lunga lista d'attesa demoralizza la maggior parte dei pazienti e può demotivarli ad affrontare il trattamento. Una breve lista d'attesa, al contrario, può contribuire a ridurre la durata del disturbo e migliorare l'esito della cura.

La lunga durata media del ricovero riabilitativo e la limitata disponibilità di letti possono allungare, purtroppo, la lista d'attesa oltre il periodo massimo ottimale di 12 settimane. Se la permanenza del paziente in lista d'attesa è troppo lunga, i centri ambulatoriali di riferimento devono concordare con il centro di ricovero un piano per gestire il periodo di attesa, perché la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, le circostanze di vita e la comorbidità psichiatrica tendono a evolvere nel tempo. La gestione della lista d'attesa può includere una o più delle seguenti procedure e strategie:

- stimolare il paziente a iniziare il percorso di

cambiamento già con il trattamento ambulatoriale ed evitare il ricovero riabilitativo (l'esperienza clinica ha evidenziato che l'inserimento in una lista d'attesa per il ricovero riabilitativo può indurre alcuni pazienti ad attuare un cambiamento già con il trattamento ambulatoriale);

- monitorare l'evoluzione delle condizioni mediche e psicosociali con periodiche valutazioni cliniche, di laboratorio e strumentali;
- programmare, in caso di necessità, brevi periodi di ospedalizzazione in reparti internistici/pediatrici per gestire le condizioni di instabilità medica;
- programmare visite periodiche presso l'unità di riabilitazione intensiva ospedaliera, per valutare ed eventualmente rinforzare la motivazione del paziente al ricovero durante la permanenza in lista d'attesa.

In alcune situazioni di particolare gravità clinica,

il paziente può essere ricoverato rapidamente senza rispettare la lista d'attesa. Una particolare attenzione va dedicata all'opportunità di un ricovero in tempi brevi nei pazienti adolescenti che non migliorano con il trattamento ambulatoriale. Il razionale di questa indicazione dipende da due considerazioni:

- il sottopeso ha un effetto negativo maggiore negli adolescenti, perché i loro organi non sono ancora sviluppati e lo sviluppo psicofisico non si è ancora completato;
- il trattamento degli adolescenti ha un esito migliore e si associa più spesso a una completa e rapida remissione, rispetto a quello degli adulti.

Il trattamento riabilitativo ospedaliero deve avere una durata tale da permettere la normalizzazione dello stato di nutrizione, il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione e l'attenuazione della psicopatologia generale eventualmente associata.

Il testo unico per la compensazione inter-regionale della mobilità sanitaria prevede un abbattimento oltre il 60° giorno di degenza della tariffa M19, che comprende i disturbi dell'alimentazione. Per la maggior parte dei pazienti affetti da tali disturbi, un periodo di 60 giorni non è sufficiente per raggiungere un quadro clinico e uno stato nutrizionale accettabili e una riduzione della psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione e di quella generale eventualmente associata. Numerosi dati della letteratura indicano che una dimissione precoce, senza il raggiungimento della normalizzazione del peso corporeo, si associa a un elevato tasso di ricaduta e di riospedalizzazione nell'anno seguente la dimissione. La Regione Veneto, sulla base di questi dati, ha fissato il valore soglia per i ricoveri riabilitativi dei disturbi dell'alimentazione (cod. 56) a 90 giorni, periodo considerato ottimale per il trattamento di questa tipologia di pazienti.

È utile far seguire al ricovero riabilitativo un periodo di day-hospital, per permettere ai pazienti di sperimentare l'esposizione ai fattori stressanti ambientali, di consumare gradualmente i pasti al di fuori del reparto e nello stesso tempo di continuare ad avere il supporto di una terapia intensiva.

Valutazione diagnostica

La valutazione diagnostica dei pazienti ricoverati nei reparti di riabilitazione intensiva ospedaliera deve essere multidimensionale e includere le seguenti aree:

- *Valutazione della natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione.* L'obiettivo principale di questa valutazione è analizzare lo sviluppo e lo stato attuale del disturbo. La valutazione diagnostica può avvalersi dell'uso di interviste semistrutturate, sia specifiche per i disturbi dell'alimentazione (come l'EDE) sia riguardanti la comorbidità psichiatrica (come la SCID), e di questionari autosomministrati che valutano la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione (come l'EDE-Q), l'influenza del disturbo dell'alimentazione sul funzionamento psicosociale (come il CIA) e la psicopatologia generale (come la SCL-90);
- *Valutazione dello stato fisico.* I pazienti ricoverati dovrebbero ricevere una valutazione accurata del loro stato clinico-nutrizionale, perché molti di loro sono in una condizione di instabilità medica. La valutazione dello stato fisico include l'anamnesi e un accurato esame obiettivo (*Tabella 7.4*), integrato dalla prescrizione di esami bioumorali e strumentali (*Tabella 7.5 e 7.6*). La *Tabella 7.7* riporta i segnali che richiedono un intervento medico di emergenza.

Obiettivi e procedure del trattamento

Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo ospedaliero dovrebbero essere adattati alle

Tabella 7.4 Segni fisici da ricercare nei pazienti con disturbi dell'alimentazione

- Emaciazione
- Crescita rallentata e mancato sviluppo delle mammelle (se l'insorgenza è prepuberale)
- Pelle secca, assottigliamento dei capelli del cuoio capelluto; lanugo sulla schiena, sugli avambracci e sul lato del viso; colorazione giallo-arancione della pelle delle mani e dei piedi; petecchie, irritazione periorale della pelle; calli sul dorso della mano ("segno di Russell"), unghie fragili
- Ingrossamento delle parotidi e delle ghiandole sottomandibolari (specialmente nei pazienti con episodi bulimici e vomito autoindotto)
- Erosione della superficie interna dei denti anteriori
- Mani e piedi freddi e cianotici, ipotermia
- Bradicardia (< 60 battiti/min), ipotensione (< 90 mmHg di pressione sistolica), aritmie cardiache (specialmente nei pazienti sottopeso e quelli con alterazioni elettrolitiche)
- Edema (caviglie, regione periorbitale)
- Debolezza dei muscoli prossimali (difficoltà di alzarsi da una posizione accovacciata o dalla sedia senza aiutarsi con le braccia)

Tabella 7.5 Valutazioni antropometriche ed esami biochimici e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sottopeso con sospetta malnutrizione per difetto

Valutazioni antropometriche

- Peso corporeo
- Altezza
- Indice di massa corporea
- Misurazione delle pliche cutanee (tronco: sottoscapolare, medio-ascellare, pettorale, addominale, soprailiaca; arto superiore: tricipitale, bicipitale, dell'avambraccio; arto inferiore: coscia, soprapatellare, mediale del polpaccio)

Esami biochimici

- Emocromo, reticolocitemia
- Velocità di eritrosedimentazione (VES), proteina C reattiva
- Transaminasi
- Colinesterasi
- Azotemia, creatinemia
- Calcemia, fosforemia, magnesemia, potassiemia, sodiemia, cloremia
- Ferritinemia, transferrinemia
- Albuminemia, prealbuminemia
- Colesterolemia totale
- Ormone tireotropo (TSH)
- Esame urine

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma
- Pressione arteriosa

Valutazione della densità ossea (nei pazienti con amenorrea > 6 mesi e/o indice di massa corporea < 15,0 kg/m²)

- Estradiolo, testosterone
- Densitometria a doppio raggio X

Tabella 7.6 Esami biochimici e strumentali di routine da prescrivere nei pazienti sovrappeso con sospetta malnutrizione per eccesso

Esami biochimici

- Colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia
- Glicemia e insulinemia basali
- Curva glicemica e insulinemica da carico orale di glucosio
- Proteina C reattiva
- Transaminasi
- Azotemia, creatinemia
- Ormone tireotropo (TSH), triiodotironina, tiroxina

Esami strumentali

- Elettrocardiogramma, ecocardiogramma
- Pressione arteriosa

Tabella 7.7 Segnali che richiedono un intervento medico d'emergenza

Misura	Valore di allerta
Indice di massa corporea (kg/m ²)	< 13,0
Pressione sistolica (mmHg)	< 80
Pressione diastolica (mmHg)	< 50
Frequenza cardiaca (battiti/min)	< 40
QT nell'elettrocardiogramma	> 450 sec.
Polso aritmico	+
Glicemia (mg/dl)	< 50
Potassio (mEq/L)	< 2,5
Sodio (mEq/L)	< 130
Temperatura (°C)	< 34,5

necessità del singolo paziente, sulla base della valutazione diagnostica multidimensionale effettuata al momento dell'ammissione e della stesura del **progetto riabilitativo individuale**, che dovrebbe includere i seguenti parametri:

- *Situazione attuale*: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia e alla disabilità;
- *Outcome globale*: esiti complessivi attesi oltre il termine del ricovero (es. raggiungere la remissione del disturbo dell'alimentazione; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi);
- *Outcome funzionale*: esito atteso al termine del ricovero, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità correlate con il disturbo dell'alimentazione, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale);
- *Outcome specifici*: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Per esempio:
 - recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente: raggiungere un indice di massa corporea superiore ai 19 kg/m² per i pazienti sottopeso; mantenere il peso nell'intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso; ridurre di 2 kg/m² l'indice di massa corporea nei soggetti obesi),
 - migliorare la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione (riduzione del 10% del punteggio all'EDE),
 - migliorare la gravità clinica del disturbo dell'alimentazione (riduzione del 10% del punteggio al CIA),
 - migliorare la sintomatologia psichiatrica generale;
- *Aree di intervento specifico*:
 - Psicoterapia individuale
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: aumentare la consapevolezza del disturbo dell'alimentazione e affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo
 - Trattamento: due sedute individuali di 50 minuti a settimana
 - Operatori: psicoterapeuti
 - Psicoterapia di gruppo
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione, affrontare la restrizione dietetica cognitiva, affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo
 - Trattamento: due incontri di 60 minuti a settimana
 - Operatori: psicoterapeuti
 - Gruppi psicoeducazionali
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: acquisire conoscenze sui disturbi dell'alimentazione, sui meccanismi di mantenimento dei disturbi e sulle strategie per affrontarli
 - Trattamento: due incontri di 60 minuti a settimana
 - Operatori: educatori; tecnici della riabilitazione psichiatrica
 - Riabilitazione nutrizionale
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: affrontare la restrizione dietetica calorica e cognitiva; normalizzare lo stato di nutrizione
 - Trattamento: la riabilitazione nutrizionale si basa su diverse procedure di intervento, che possono essere combinate tra loro a seconda del quadro clinico nutrizionale e della compliance del paziente. Si può fare ricorso a pasti assistiti, supplementi nutri-

zionali orali, fino alla nutrizione artificiale (totale o di supporto, preferibilmente per via enterale). È da preferire quando possibile la riabilitazione nutrizionale con cibi naturali; alla nutrizione enterale e parenterale si associano infatti con maggiore frequenza complicanze mediche, come la *re-feeding syndrome* e le infezioni. È necessario che l'intervento, a prescindere dalla modalità, sia compreso dal paziente come fondamentale per recuperare uno stato di nutrizione adeguato a evitare complicanze organiche e per beneficiare al meglio degli interventi farmacologici e/o psicoterapeutici. A tal fine è spesso opportuno stabilire tra equipe curante e paziente un contratto terapeutico che stabilisca procedure e obiettivi condivisi. Se il paziente non aderisce al programma nutrizionale stabilito, va trasferito in un reparto per acuti

- Operatori: medici nutrizionisti (specialisti in scienza dell'alimentazione o con competenze specifiche in ambito clinico nutrizionale), dietisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica
- Riabilitazione fisica
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: ottimizzare il recupero della massa magra,
 - Trattamento: ginnastica medica per 30 minuti 2 volte a settimana
 - Operatori: terapisti della riabilitazione
- Gestione delle complicanze mediche/psichiatriche
 - Elenco degli obiettivi in ordine di priorità: gestire le complicanze mediche/psichiatriche associate al disturbo dell'alimentazione
 - Trattamento: valutazione medica giornaliera; terapia farmacologica
 - Operatori: medici internisti-nutrizionisti, psichiatri.

Valutazione dell'andamento del trattamento

L'unità di riabilitazione dovrebbe informare periodicamente il centro ambulatoriale di riferimento sull'andamento del trattamento. Oltre a contatti informali periodici, l'unità di riabilitazione dovrebbe eseguire due valutazioni formali (dopo 4 settimane di cura e una settimana prima della fine del trattamento), da inviare e discutere con il centro ambulatoriale di riferimento.

Programmazione del post-ricovero

La ricaduta dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei disturbi dell'alimentazione. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui la natura stessa del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento del disturbo dell'alimentazione, la natura persistente della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e la scarsa preparazione del paziente al post-ricovero. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, dati della ricerca indicano che la ricaduta dopo un ricovero ha più probabilità di verificarsi se il paziente non riceve un trattamento dopo la dimissione, se il trattamento post-ricovero è di impostazione concettuale molto diversa da quello ricevuto durante il ricovero, se non si verificano cambiamenti importanti nell'ambiente dove il paziente vive e se il trattamento in sede di ricovero non ha una durata idonea a svolgere il programma previsto e adeguata alle necessità del paziente.

Questi dati indicano come prioritario **programmare in modo accurato il passaggio dalla terapia nell'unità di riabilitazione a quella nel centro ambulatoriale di riferimento**. L'unità di riabilitazione deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute

post-ricovero si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con frequenza bi-settimanale nel primo mese dopo la dimissione o almeno una visita settimanale e un contatto telefonico o via e-mail tra una visita settimanale e l'altra.

Adattamenti da apportare per il ricovero riabilitativo degli adolescenti

Gli adolescenti (età < 18 anni) dovrebbero alloggiare in stanze separate dagli adulti. Durante i permessi di uscita devono essere sempre accompagnati da un adulto. Per l'intero periodo di day-hospital, se non vivono a casa, devono alloggiare in camere private o appartamenti con almeno un genitore o un parente designato dai genitori.

Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, dovrebbe prevedere le tre seguenti procedure aggiuntive: incontri con la famiglia, gruppo adolescenti e scuola nell'ospedale.

Incontri con la famiglia

I genitori dei pazienti minorenni dovrebbero partecipare ad alcuni incontri, che hanno l'obiettivo di educarli sui disturbi dell'alimentazione, di creare un ambiente che influenzi positivamente il comportamento alimentare del figlio quando tornerà a casa, di migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e di sviluppare strategie funzionali per gestire le crisi.

Gruppo adolescenti

Gli adolescenti dovrebbero affrontare, nelle sedute di psicoterapia, le varie problematiche adolescenziali associate ai disturbi dell'alimentazione, come la costruzione del senso d'identità, l'acquisizione di un maggior grado di autonomia, lo sviluppo di migliori capacità relazionali e l'adattamento ai

cambiamenti della pubertà. Gli adolescenti dovrebbero anche essere aiutati ad apprendere procedure specifiche per migliorare la comunicazione sociale, l'assertività e la capacità di risolvere i conflitti.

Scuola nell'ospedale

Il progetto "Scuola nell'Ospedale" è stato sviluppato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (<http://pso.istruzione.it>) per offrire la possibilità di studiare ai giovani ospedalizzati per un periodo superiore ai 30 giorni. Il progetto dovrebbe essere sempre attuato nei reparti di riabilitazione intensiva dei disturbi dell'alimentazione, in collaborazione con il Provveditorato degli Studi della Provincia sede dell'unità riabilitativa. L'intervento prevede lezioni impartite direttamente o attraverso internet. I pazienti/studenti sono sottoposti periodicamente a verifiche orali e scritte del loro apprendimento, che hanno valore legale. Dovrebbero essere organizzati incontri periodici tra l'equipe curante e gli insegnanti, per valutare e affrontare i vari ostacoli emersi durante il percorso riabilitativo e di studio.

Il progetto Scuola nell'Ospedale favorisce il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, prevenendo la dispersione scolastica, che può favorire la ricaduta dopo la dimissione dal reparto riabilitativo.

Quinto livello: ricovero ordinario

In alcuni pazienti con disturbo dell'alimentazione si può rendere necessaria un'ospedalizzazione in condizioni di acuzie, sia per il rischio medico sia per quello psichiatrico.

Il ricovero in reparti internistici dovrebbe essere effettuato per gestire le forme più gravi di malnutrizione per difetto e/o la presenza di gravi complicanze fisiche (complicanze cardiovascolari, di-

sidratazione, emoconcentrazione, ipoglicemia sintomatica, disfunzione multiorgano). Prima di iniziare l'intervento nutrizionale devono essere corretti gli squilibri idroelettrolitici. La rialimentazione, anche nelle situazioni più gravi associate a complicanze fisiche, deve privilegiare l'alimentazione per os, eventualmente associata a supplementi nutrizionali orali, in forma di formule liquide complete, che forniscono un apporto bilanciato di nutrienti. Alcune persone accettano più volentieri un aumento dell'apporto calorico attraverso i supplementi nutrizionali orali piuttosto che con gli alimenti ordinari, per una minore paura di perdere il controllo o con l'idea che si tratti di una terapia farmacologica.

Nei soggetti gravemente malnutriti e con gravi complicanze fisiche, che non riescono ad accettare la rialimentazione orale o non sono in grado di raggiungere l'obiettivo ponderale concordato, vi è l'indicazione a un intervento di nutrizione artificiale. La nutrizione enterale con sondino nasogastrico rappresenta la via di scelta, perché più fisiologica, meno rischiosa e di più facile gestione rispetto alla nutrizione parenterale con accesso venoso centrale. Quest'ultima dovrebbe essere evitata, per l'elevato rischio di infezioni da catetere (legato soprattutto allo stato di immunocompromissione) e di pneumotorace. La nutrizione parenterale attraverso un accesso venoso periferico, invece, può essere utilizzata come temporaneo supporto nutrizionale. I principali limiti della nutrizione parenterale in vena periferica sono rappresentati dalla mancanza di accessi venosi adeguati e dalla durata limitata dell'intervento.

Qualsiasi intervento, sia di rialimentazione per os sia di nutrizione artificiale, deve essere discusso e concordato con lo psichiatra o con lo psicologo, tenendo in considerazione sia le esigenze mediche sia gli aspetti psicologici. Vanno evitati metodi coercitivi e rapidi aumenti di peso, che rischiano

di compromettere il rapporto di fiducia. L'informazione e semplici tecniche cognitivo-comportamentali (es. un contratto terapeutico che stabilisca i metodi e gli obiettivi degli interventi) possono essere di grande utilità. Nel caso si dovesse ricorrere a una rialimentazione forzata, è importante cercare una comunicazione chiara ed efficace. Il personale del reparto deve imparare a gestire, anche da un punto di vista emotivo, l'oppositività e i tentativi di manipolazione, ma anche essere consapevole del fatto che i pazienti con anoressia nervosa sono spesso stigmatizzati come persone che si autoinfliggono i loro problemi e per questo possono ricevere commenti inadeguati o colpevolizzanti da parte di personale non preparato o da altri degenti del reparto.

Il ricovero in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) è motivato dalla presenza di gravi comorbidità psichiatriche: scompenso psicotico, eccitamento maniaco, grave depressione, suicidalità. Anche nel caso di ricovero in SPDC, il personale deve sviluppare una specifica competenza nella gestione dei comportamenti manipolativi, con una particolare attenzione alla chiarezza della comunicazione e alla definizione delle regole di comportamento. In una minoranza di pazienti con anoressia nervosa, la negazione della malattia e della gravità delle condizioni fisiche, l'inflessibilità cognitiva, una paura di ingrassare incontenibile e un disturbo dell'immagine corporea pervasivo possono compromettere le capacità di giudizio e indurre al rifiuto del trattamento, anche in condizioni di grave rischio. Quando la salute fisica o la vita stessa del paziente sono in pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, con un'incrollabile resistenza a ogni tentativo di persuasione, è necessario considerare l'indicazione a un TSO. Questo deve essere considerato come una risorsa terapeutica estrema, quando ogni altra possibilità terapeutica è stata esplorata, ma sia i medici sia i

pazienti devono sapere che può e deve essere realizzato per proteggere i pazienti da possibili conseguenze fatali.

Sia nei reparti internistici sia nei reparti psichiatrici, la durata del ricovero dovrebbe essere limitata al tempo necessario a ottenere un livello minimo di stabilizzazione delle condizioni fisiche e psichiatriche del paziente. Poiché spesso dopo un ricovero può esserci il rischio di peggioramento, è necessario valutare attentamente il momento della dimissione e mettere in contatto il paziente o la sua famiglia con l'unità specialistica più vicina.

Implementazione di una rete di centri di riferimento

Nelle diverse Regioni italiane, i servizi specifici per la cura dei disturbi dell'alimentazione sono pochi e non sono presenti in tutte le aziende sanitarie. Una mappa delle strutture dedicate in Italia è disponibile sul sito www.disturbialimentarionline.it.

L'organizzazione territoriale dei dipartimenti di salute mentale consente un'ampia diffusione nel territorio di **unità ambulatoriali specialistiche**, che possono trovare collocazione all'interno di tali dipartimenti e che possono dotarsi di protocolli di collaborazione con la medicina di base e con gli internisti, i nutrizionisti e altri medici specialisti. Queste unità ambulatoriali hanno compiti di valutazione diagnostica e di definizione dei livelli di trattamento, di motivazione alla cura e di consulenza alle famiglie, anche di quelle che chiedono aiuto per i figli che non vogliono andare dal medico.

Allo stesso modo, i servizi di dietetica e nutrizione clinica e le altre strutture con competenze specialistiche in ambito nutrizionale, sia ospedaliera sia delle ASL, possono svolgere un ruolo importante nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione,

eseguendo una valutazione clinico-nutrizionale e impostando un trattamento nutrizionale adeguato al quadro clinico. Anche queste strutture dovranno essere inserite nella rete assistenziale in cui sono previsti i cinque livelli di assistenza precedentemente descritti.

Per un'efficace organizzazione dell'assistenza nel territorio della Regione, è consigliabile la costituzione di un **centro di coordinamento regionale**, che abbia le seguenti funzioni:

- condivisione degli strumenti di valutazione diagnostica e definizione di strumenti comuni per la valutazione dell'esito;
- osservatorio epidemiologico regionale sui disturbi dell'alimentazione, per migliorare le conoscenze sulla prevalenza e l'incidenza di questi disturbi nel territorio e per stabilirne le variazioni nel corso del tempo, anche in funzione della programmazione delle strutture dedicate al loro trattamento;
- monitoraggio delle attività delle unità ambulatoriali specialistiche;
- programmazione e coordinamento di interventi di prevenzione attraverso rapporti con le scuole, con gli insegnanti e con i medici di medicina generale;
- coordinamento con le strutture di riabilitazione intensiva ospedaliera ed extraospedaliera pubbliche e convenzionate presenti nel territorio, per garantire la continuità della cura (a questo scopo sono utili protocolli che stabiliscano indicazioni e modalità di invio alle strutture di riabilitazione intensiva, nonché le modalità della dimissione da queste strutture e i contatti con il centro di riferimento per la continuazione del trattamento a livello ambulatoriale);
- definizione di protocolli di collaborazione:
 - con i servizi per le tossicodipendenze e per la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, per offrire trattamenti integrati nei casi più

complicati, con comorbidità psichiatrica o con esordio precoce;

- con i reparti internistici ospedalieri e con i servizi di nutrizione clinica, per promuovere la collaborazione multiprofessionale e l'integrazione dei trattamenti;
- collaborazione con le associazioni dei familiari, per una corretta informazione sui disturbi dell'alimentazione, le loro potenziali cause e il loro trattamento, anche attraverso la diffusione di materiale informativo, contatti con la stampa e altri mezzi di comunicazione (televisione, internet);
- programmazione di interventi di formazione comuni per il personale dei centri di riferimento.

La natura complessa dei disturbi dell'alimentazione mette in luce i limiti di un'organizzazione rigida dell'assistenza (in cui le strutture psichiatriche e le strutture internistiche, di fatto, operano in contesti assolutamente diversi), così come le difficoltà legate all'organizzazione delle equipe assistenziali (nelle strutture psichiatriche e in quelle internistiche sono raramente previste figure professionali delle altre discipline) e quelle riguardanti la classificazione delle patologie. È auspicabile che queste difficoltà siano superate in sede di programmazione sanitaria, al fine di consentire un'efficace presa in carico interdisciplinare e multidimensionale dei pazienti.

Sintesi delle linee guida del *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*

Nel 2004, il *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* della Gran Bretagna ha pubblicato delle linee guida cliniche per i disturbi dell'alimentazione. Esse includono una serie di raccomandazioni basate sulla consultazione di vari organismi professionali nel campo della salute men-

Tabella 7.8 Le principali raccomandazioni del NICE con grado di evidenza A o B

- Terapia cognitivo-comportamentale per gli adulti con bulimia nervosa o BED (grado di evidenza A)
- Terapia interpersonale per gli adulti con bulimia nervosa o BED (grado di evidenza B)
- Terapia basata sulla famiglia con "pasti familiari" per gli adolescenti (meno di 18 anni) con anoressia nervosa (grado di evidenza B)
- Terapia farmacologica con antidepressivi per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B)
- Auto-aiuto con manuali per la bulimia nervosa e il BED (grado di evidenza B)

tale, associazioni di pazienti e familiari e istituzioni accademiche. Le raccomandazioni sono basate sui dati della ricerca e sono classificate nelle tre categorie seguenti, con valore decrescente di evidenza scientificamente provata: A = forte sostegno empirico derivato da studi randomizzati ben condotti; B = sostegno derivato da studi clinici ben condotti ma non randomizzati; C = sostegno derivato dall'opinione di esperti ma non da forti dati empirici.

Le raccomandazioni sono più di cento e sono per la maggior parte di grado C. La *Tabella 7.8* presenta le principali raccomandazioni con un grado di evidenza A o B.

Raccomandazioni per l'anoressia nervosa

Per l'anoressia nervosa, sono fornite tre raccomandazioni prioritarie:

- ai bambini e agli adolescenti con durata di malattia inferiore ai tre anni dovrebbe essere offerta la terapia basata sulla famiglia (grado B);
- la maggior parte dei pazienti affetti da anoressia nervosa dovrebbe essere gestita a livello ambulatoriale (grado C);
- il trattamento ospedaliero dovrebbe associare la rialimentazione agli interventi psicosociali (grado C).

Per l'anoressia nervosa sono state anche fornite

Tabella 7.9 Raccomandazioni del NICE per la gestione delle problematiche fisiche dei pazienti con anoressia nervosa (grado C)

Gestione dell'aumento di peso

- Nella maggior parte dei pazienti, l'obiettivo dovrebbe essere un aumento medio settimanale di peso di 0,5-1 kg durante il ricovero e di 0,5 kg nel trattamento ambulatoriale (circa 3500-7000 calorie in più a settimana rispetto al dispendio energetico)
- È raccomandato un monitoraggio regolare delle condizioni fisiche e in alcuni casi una supplementazione orale multivitaminica/multiminerale, sia nei pazienti ricoverati sia in quelli ambulatoriali
- La nutrizione parenterale totale non deve essere utilizzata, a meno che non vi sia una significativa disfunzione gastrointestinale

Gestione del rischio

- Gli operatori sanitari dovrebbero monitorare il rischio fisico. Se il rischio aumenta, la frequenza del monitoraggio e della natura delle indagini dovrebbe essere adeguata di conseguenza
- Nelle donne in gravidanza con anoressia nervosa in atto o pregressa, si deve valutare la necessità di offrire cure più intensive, al fine di assicurare un'adeguata nutrizione prenatale e un normale sviluppo del feto
- Gli estrogeni non devono essere somministrati per problemi di densità ossea nei bambini e negli adolescenti, poiché tale trattamento può portare alla fusione prematura delle epifisi

Alimentazione contro la volontà del paziente

- Dovrebbe essere un intervento da considerare solo in ultima istanza

delle raccomandazioni per la gestione delle problematiche fisiche (grado A) descritte nella *Tabella 7.9*.

Raccomandazioni per la bulimia nervosa

Le linee guida del NICE raccomandano che agli adulti affetti da bulimia nervosa sia offerta, come intervento di prima scelta, la CBT-BN (grado A). Un possibile passo iniziale nel trattamento della bulimia nervosa è l'auto-aiuto, possibilmente guidato, con manuali derivati dalla CBT-BN e/o i farmaci antidepressivi o la IPT (grado B).

Raccomandazioni per i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati

La raccomandazione è di seguire le linee guida sul trattamento del disturbo dell'alimentazione (anoressia nervosa o bulimia nervosa) che più si avvicina al disturbo del paziente (grado C). L'eccezione è per il BED, dove le linee guida del NICE raccomandano per gli adulti la CBT-BN adattata per questo disturbo (grado A). I pazienti dovrebbero anche essere informati che i trattamenti psicoterapici sono efficaci sulla psicopatologia, ma hanno un impatto limitato sul peso corporeo (grado A).

logia, ma hanno un impatto limitato sul peso corporeo (grado A).

Considerazioni generali

Sebbene le linee guida del NICE abbiano un carattere prescrittivo, esse non ignorano il giudizio clinico. Viene infatti affermato che “le linee guida non sono un sostituto delle conoscenze professionali e del giudizio clinico; ci saranno sempre alcune situazioni per le quali le raccomandazioni delle linee guida cliniche non sono facilmente applicabili”. Le raccomandazioni del NICE non intendono quindi prevalere sulla responsabilità individuale degli operatori sanitari di prendere decisioni appropriate.

L'enfasi sulle terapie basate sull'evidenza non dovrebbe minimizzare l'importanza del contesto più ampio in cui vengono praticati i trattamenti. Le linee guida del NICE prudentemente affermano che “i trattamenti basati sull'evidenza vanno somministrati al paziente nel contesto di un programma di trattamento più generale”, che comprende le attività di “coinvolgere il paziente e fornire un contesto appropriato per l'erogazione degli

interventi specifici”. Inoltre, esse sottolineano la necessità di “incoraggiare e sostenere una buona relazione terapeutica, a volte importante quanto il trattamento specifico offerto”.

Formazione degli operatori

Le figure professionali che operano nel campo dei disturbi dell'alimentazione sono molteplici e, in genere, hanno una formazione di base eterogenea, che si deve amalgamare con la dimensione interdisciplinare del lavoro clinico.

Il primo livello nella formazione professionale degli operatori è quello dei **corsi di laurea**. Sono interessati i corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia e in psicologia (clinica, clinico-dinamica, dello sviluppo e dell'educazione), alcuni corsi di laurea triennale (psicologia, servizio sociale) e alcuni corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie (dietistica, educazione professionale, infermieristica, tecnica della riabilitazione psichiatrica, terapia della riabilitazione, scienze motorie). È necessario garantire che nei programmi di insegnamento delle discipline previste negli ordinamenti didattici di questi corsi universitari sia dedicata una particolare attenzione ai disturbi dell'alimentazione, nei diversi aspetti biologici, psicopatologici e sociali che sono stati descritti in questo documento. Un'adeguata conoscenza delle caratteristiche diagnostiche e cliniche dei disturbi dell'alimentazione da parte degli operatori della sanità pubblica, in particolare dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, può consentire di migliorare il riconoscimento precoce dei casi e costituisce la base dei necessari programmi di prevenzione secondaria.

Il secondo livello della formazione professionale è rappresentato dalle **scuole di specializzazione mediche** e dal **corso di formazione specifica in**

medicina generale. Anche qui i programmi di insegnamento “frontale” dovrebbero prevedere uno spazio adeguato e specifico per i disturbi dell'alimentazione. Il tirocinio *ad hoc* degli specialisti in formazione può essere svolto negli ambulatori e nei reparti specialistici delle cliniche universitarie e delle altre strutture ospedaliere e territoriali incluse nella rete formativa della scuola (medicina interna, pediatria, psichiatria, psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, scienza dell'alimentazione, endocrinologia ecc.). Ma è soprattutto a livello dei centri di riferimento e delle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali per i disturbi dell'alimentazione, in cui viene svolta un'attività clinica fortemente caratterizzata da un approccio interdisciplinare, che la formazione clinica *ad hoc* degli specialisti in formazione trova la sua piena realizzazione.

Nel campo della **formazione professionale continua** dei laureati e degli specialisti che operano nel settore dei disturbi dell'alimentazione, l'università può avere un ruolo specifico attraverso l'attivazione di master e corsi di perfezionamento. Esperienze di questo tipo sono state finora realizzate in Italia in modo frammentario. Esse, invece, dovrebbero essere programmate in modo sistematico e in maniera tale da coprire le esigenze formative su tutto il territorio nazionale. Un ruolo importante può essere svolto, poi, dalle Società scientifiche e dagli ordini professionali, attraverso l'organizzazione di corsi di aggiornamento e di congressi sul tema specifico dei disturbi dell'alimentazione. Infine, a livello locale, gli stessi centri di riferimento, anche in collaborazione con le sedi universitarie limitrofe e con le Società scientifiche e gli ordini professionali, dovrebbero promuovere programmi di formazione e di aggiornamento, con particolare attenzione ai problemi e alle esigenze del territorio in cui operano.

Messaggi chiave

- I due principi generali alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione sono l'approccio multidimensionale, interdisciplinare e pluriprofessionale integrato e la molteplicità dei contesti di cura.
- I livelli di intervento per i disturbi dell'alimentazione sono cinque: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; terapia ambulatoriale specialistica; terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno; riabilitazione intensiva ospedaliera; ricovero ordinario e di emergenza.
- Il ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta è essenziale per la prevenzione, lo screening e la diagnosi precoce, la valutazione del rischio fisico, l'invio ai centri specialistici, il trattamento dei casi lievi e il follow-up.
- La terapia ambulatoriale deve essere considerata quella di elezione per le persone affette da disturbi dell'alimentazione.
- Il trattamento in regime ambulatoriale intensivo è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard.
- La riabilitazione intensiva residenziale è indicata in caso di mancata risposta al trattamento ambulatoriale o presenza di un rischio fisico o psichiatrico o di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale.
- Il ricovero ordinario può essere attuato in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave, o in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario o della comorbidità psichiatrica.
- La formazione degli operatori a livello dei corsi di laurea, delle scuole di specializzazione mediche e del corso di formazione specifica in medicina generale e la formazione professionale continua devono dedicare particolare attenzione ai disturbi dell'alimentazione, nei loro diversi aspetti biologici, psicologici e sociali.

8. Conclusioni e raccomandazioni

I disturbi dell'alimentazione sono tra i più comuni problemi di salute che affliggono gli adolescenti e i giovani adulti nei Paesi occidentali. Essi determinano spesso gravi danni alla salute fisica e al funzionamento psicosociale e, in taluni casi, possono raggiungere livelli di gravità tali da mettere a serio rischio la vita delle persone che ne sono affette. Dal momento che essi insorgono generalmente in età adolescenziale/giovanile e possono persistere anche nell'età adulta, ben si comprende come possano determinare un carico molto elevato per il paziente, per la famiglia e per la società e come possano compromettere la qualità della vita e le potenzialità di sviluppo delle persone. Ne deriva che l'identificazione precoce dei casi e un intervento terapeutico immediato e appropriato sono essenziali per la prevenzione della disabilità che essi possono provocare.

I genitori, gli insegnanti, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta giocano un ruolo di primo piano nell'individuazione delle persone a rischio e di quelle con malattia iniziale. Esistono segni e sintomi che, adeguatamente riconosciuti e valorizzati, possono far sorgere il sospetto che una persona possa sviluppare o abbia da poco sviluppato un'anoressia nervosa o una bulimia nervosa o un altro disturbo dell'alimentazione. La conoscenza di tali segni/sintomi dovrebbe essere mi-

gliorata e diffusa in maniera tale da raggiungere tutte le persone interessate del settore.

I disturbi dell'alimentazione richiedono competenze specifiche e multidisciplinari per la realizzazione di trattamenti che possano avere garanzia di successo. È indispensabile, perciò, che nei centri preposti alla loro cura operino professionisti di diverse discipline (es. medici, psicologi, educatori professionali, infermieri professionali e terapisti della riabilitazione) dotati di competenze specifiche, che siano anche in grado di interagire tra loro in maniera integrata e coordinata. Tali competenze vanno acquisite attraverso programmi di formazione *ad hoc* che travalicano il percorso formativo di base del singolo professionista nella propria disciplina di pertinenza. Di qui l'esigenza che detti programmi siano attuati, in futuro, negli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e/o specializzazione delle discipline e delle professioni interessate.

Nonostante la gravità dei disturbi dell'alimentazione e le difficoltà connesse con la loro diagnosi precoce, un intervento terapeutico immediato e integrato ha consistenti possibilità di successo. Tuttavia, molte delle persone affette da anoressia nervosa o bulimia nervosa o altri disturbi dell'alimentazione non chiedono aiuto, sia perché per lungo tempo non pensano di avere un problema di natura clinica, sia perché ritengono di "potercela fare da sole". Per-

tanto, è di primaria importanza che le persone affette da questi disturbi siano aiutate sia a comprendere di avere un problema clinico sia a sviluppare la fiducia nei terapeuti e negli esiti delle cure disponibili, attraverso la diffusione di messaggi di incoraggiamento per mezzo della stampa e degli altri mezzi di comunicazione, in particolare internet.

Il futuro ci pone di fronte a sfide importanti in questo settore. Innanzitutto, occorrerà approfondire la conoscenza dei fattori responsabili della vulnerabilità biologica e psicologica ai disturbi dell'alimentazione. La ricerca epidemiologica, da parte sua, dovrà approfondire la conoscenza dei fattori di rischio ambientali, che rappresentano le basi per gli interventi di prevenzione. Inoltre, come sottolineato dalla conferenza di consenso dell'Istituto Superiore di Sanità, andrà promossa l'individuazione di indicatori di gravità clinica condivisi, anche al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso ai vari livelli assistenziali, l'analisi dei fattori che possono favorire la cronicizzazione e l'analisi dei costi degli interventi proposti e del rapporto costo/efficacia.

Nell'ambito dei trattamenti sono necessari studi clinici controllati che consentano di confrontare le varie tecniche psicoterapeutiche individuali, familiari o di gruppo in merito all'efficacia sia nel breve sia nel lungo termine. Nonostante gli importanti progressi ottenuti con lo sviluppo di psicoterapie con un'evidenza di efficacia confermata

da studi randomizzati e controllati [es. la psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la terapia interpersonale (IPT) per la bulimia nervosa e la terapia basata sulla famiglia per gli adolescenti con anoressia nervosa], questi trattamenti sono raramente applicati al di fuori dei luoghi di ricerca e, ancora oggi, molti pazienti continuano a ricevere interventi subottimali. È perciò prioritario studiare nuovi metodi per diffondere le psicoterapie basate sull'evidenza e per formare un sempre più ampio numero di terapeuti alla loro applicazione. C'è anche la necessità di sviluppare trattamenti più potenti ed efficaci per tutti i disturbi dell'alimentazione e di valutare l'efficacia reale dei trattamenti intensivi, come per esempio quelli in regime di day-hospital e il ricovero riabilitativo. Sul versante biologico, lo sviluppo di nuovi farmaci e la verifica della loro efficacia e/o dell'efficacia dei farmaci attualmente disponibili richiedono studi multicentrici che consentano il reclutamento di campioni di pazienti sufficientemente ampi.

Per quanto riguarda in particolare il nostro Paese, l'auspicio degli autori di questo documento è che le informazioni in esso contenute possano contribuire al superamento di pregiudizi e semplificazioni e rappresentare la base di una programmazione sanitaria che assicuri alle persone con disturbi dell'alimentazione e alle loro famiglie un'assistenza qualificata e il più possibile uniforme sul territorio nazionale.

Bibliografia

- Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 371-9
- Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 459-66
- Aigner M, Treasure J, Kaye W, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry* 2011; 12: 400-43
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157 (Suppl. 1): 1-39
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors and Nurses Standards Revision Task Force. Standards of practice for nutrition support nurses. *Nutr Clin Pract* 2007; 22: 458-65
- Beck NN, Mehlsen M, Støving RK. Psychological characteristics and associations with weight outcomes two years after gastric bypass surgery: postoperative eating disorder symptoms are associated with weight loss outcomes. *Eat Behav* 2012; 13: 394-7
- Bedogni G, Borghi A, Battistini NC. Manuale di valutazione antropometrica dello stato nutrizionale. Milano: EDRA, 2001
- Bermudez O, Beightol S. What is refeeding syndrome? *Eat Disord* 2004; 12: 251-6
- Boateng AA, Sriram K, Meguid MM, Crook M. Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition* 2010; 26: 156-67
- Bohn K, Fairburn CG. Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In: Fairburn CG (Ed). *La terapia cognitiva comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Firenze: Eclipsi, 2010, pp. 409-11
- Brambilla F, Monteleone P. Physical complications and physiological aberrations in eating disorders: a review. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (Eds). *Eating disorders*. Chichester: Wiley, 2003, pp. 139-92
- Brambilla F, Segura-Carcia C, Fassino S, et al. Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *Int Clin Psychopharmacol* 2007; 22: 197-204
- Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, et al. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 337-48
- Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, et al. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 305-12
- Caregaro L, Di Pascoli L, Nardi M, et al. Osteopenia and osteoporosis in adult patients with anorexia nervosa: role of nutritional factors. *Nutr Ther Metabol* 2006; 24: 194-202
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-90
- Conceição E, Orcutt M, Mitchell J, et al. Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 274-9
- Cotrufo P, Barretta V, Monteleone P, Maj M. Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study on female students in Southern Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 112-5
- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eat Weight Disord* 2006; 11: 1-13
- Dalle Grave R. Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press, 2012
- Dalle Grave R. Intensive cognitive behavioural treatment for eating disorders. *Eur Psychiatr Rev* 2011; 4: 59-64

- Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behav Res Ther* 2013; 51: R9-12
- De Lorenzo A, Bianchi A, Maroni P, et al. Adiposity rather than BMI determines metabolic risk. *Int J Cardiol* 2013; 166: 111-7
- De Lorenzo A, Petramala L, Di Renzo L. Valutazione dello stato nutrizionale e malnutrizione da carenza energetica e proteica. In: Brunetti P, Santeusano F (Eds). *Malattie delle Ghiandole Endocrine, del Metabolismo e della Nutrizione*. Padova: Piccin, 2011
- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. *J Clin Psychol* 1997; 33: 981-9
- Deurenberg P, Andreoli A, Borg P, et al. The validity of predicted body fat percentage from body mass index and from impedance in samples of five European populations. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55: 973-9
- Donini LM, Brunani A, Sirtori A, et al. Assessing disability in morbidly obese individuals: the Italian Society of Obesity test for obesity-related disabilities. *Disabil Rehabil* 2011; 33: 2509-18
- Donini LM, Cuzzolaro M, Spera G, et al. Obesità e disturbi dell'alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Documento di consensus. *Eat Weight Disord* 2010; 15 (Suppl. 1-2): 1-31
- Dotti A, Lazzari R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eat Weight Disord* 1998; 3: 188-94
- Eisler I, Simic M, Russell GF, et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 552-60
- Fairburn CG. *Come vincere le abbuffate. Un nuovo programma scientifico*. Verona: Positive Press, 2008
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther* 2013; 51: R2-8
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-16
- Faravelli C, Ravaldi C, Truglia E, et al. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 376-83
- Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F, et al. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 412-25
- Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, et al. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 1715-21
- Favaro A, Santonastaso P. *Anoressia e bulimia. Una guida per genitori, insegnanti e amici*. Verona: Positive Press, 2002
- Favaro A, Zanetti T, Huon G, et al. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 73-7
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *SCID-I. Interviste Cliniche Strutturate per il DSM-IV*. Firenze: Giunti OS, 2000
- Fuentebella J, Kerner JA. Refeeding syndrome. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56: 1201-10
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 273-9
- Giannini M, Pannocchia P, Dalle Grave R, et al. *Eating Disorder Inventory-3*. Firenze: Giunti OS, 2008
- Gormally J, Block S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7: 47-55
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 389-94
- Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *J Parenter Enteral Nutr* 2010; 34: 156-9
- Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 195-204

- Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003; 129: 747-69
- Keys A, Brozek J, Henschel A, et al. *The biology of human starvation*, vol. 2. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
- Khan LU, Ahmed J, Khan S, Macfie J. Refeeding syndrome: a literature review. *Gastroenterol Res Pract* 2011; 2011: 410971
- Lautenbach A, Kulinna U, Löwe B, Rose M. 100 kg more or less, still the same person (and disorder): from overweight to underweight – exacerbation of an eating disorder after bariatric surgery. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 280-3
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1025-32
- Löser C, Aschl G, Hébuterne X, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition-percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition* 2005; 24: 848-61
- Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N (Eds). *Eating disorders*. Chichester: Wiley, 2003
- Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Rotella CM. Studio del comportamento alimentare con una intervista strutturata: la Eating Disorder Examination. *Il Diabete* 1996; 8: 127-31
- Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, et al. Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. *Eat Weight Disord* 2007; 12: 70-82
- Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008; 336: 1495-8
- Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab* 2010; 2010: 625782
- Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. In-stability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 573-8
- Monteleone P. Anoressia e bulimia nervosa. *NOOS* 2009; 15: 1
- Monteleone P, Castaldo E, Maj M. Neuroendocrine dysregulation of food intake in eating disorders. *Reg Pept* 2008; 149: 39-50
- Monteleone P, Maj M. Genetic susceptibility to eating disorders: associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. *Pharmacogenomics* 2008; 9: 1487-520
- National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. National Institute for Clinical Excellence, 2004. www.nice.org.uk/search. Ultima consultazione: giugno 2013
- Pannocchia L, Fiorino M, Giannini M, Vanderlinden J. A psychometric exploration of an Italian translation of the SCOFF questionnaire. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 371-3
- Park KK, Freedman A. Dermatologic indicators of eating disorders. *J Drugs Dermatol* 2010; 9: 412-17
- Patrik L. Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Alt Med Rev* 2002; 7: 184-202
- Pelizzo G, Nakib G, Alfei A, et al. Fetal neural tube defects in pregnant women previously submitted to bariatric surgery: more attention to a new emerging entity. *Prenat Diagn* 2013; 33: 196-7
- Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: central venous catheters. *Clinical Nutrition* 2009; 28: 365-77
- Pratt BM, Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD002891
- Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124: 6-17

- Preti A, Usai A, Miotto P, et al. Eating disorders among professional fashion models. *Psychiatry Res* 2008; 30: 86-94
- Raeuori A, Hoek HW, Susser E, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One* 2009; 4: e4402
- Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 1047-56
- Santonastaso P, Mondini S, Favaro A. Are fashion models a group at risk for eating disorders and substance abuse? *Psychother Psychosom* 2002; 71: 168-72
- Santonastaso P, Monteleone P, Mauri M, et al. Disturbi della condotta alimentare. In: Cassano GB, Tundo A (Eds). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino: UTET, 2006, p. 499
- Santonastaso P, Scicluna D, Colombo G, et al. Eating disorders and attitudes in Maltese and Italian female students. *Psychopathology* 2006; 39: 153-7
- Senna G, Passalacqua G, Lombardi C, et al. Diagnostica delle allergopatie e test "alternativi". *MD Medicinae Doctor* 2008; 15: 28-35
- Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, et al. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. In *J Eat Disord* 2007; 40: 321-36
- Singer P, Berger MM, Van den Berghe G, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: intensive care. *Clinical Nutrition* 2009; 28: 387-400
- Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale. Nutrizione artificiale nel paziente con disturbi del comportamento alimentare. *Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* 2002; 20 (Suppl. 5): S98-100
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 191-203
- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-93
- Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1331-41
- Stice E, Rohde P, Shaw H, et al. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: long-term effects. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79: 500-8
- Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 207-31
- Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62: 181-98
- Talluri A, Liedtke R, Mohamed EI, et al. The application of body cell mass index for studying muscle mass changes in health and disease conditions. *Acta Diabetol* 2003; 40 (Suppl. 1): S286-9
- Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 28: 589-620
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375: 583-93
- White JV, Guenter P, Jensen G, et al. Characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *J Acad Nutr Diet* 2012; 112: 730-8
- WHO European Office. Mental health of children and adolescents. Facing the challenges and finding solutions. Geneva: World Health Organization, 2005
- Wilson GT, Fairburn CG. Treatments for eating disorders. In: Nathan PE, Gorman JM (Eds). *A guide to treatments that work*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2002, pp. 559-92
- Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 94-101
- Wonderlich SA, Joiner TE Jr, Keel PK, et al. Eating disorder diagnoses: empirical approaches to classification. *Am Psychol* 2007; 62: 167-80
- Yager J, Andersen AE. Anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2005; 353: 1481-8

