

Emozioni e Cibo

Newsletter dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)

N. 37 | 2013

Euro 2,00 | ISSN 1720-5409 | Poste Italiane s.p.a. |

Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L.27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DR Verona



Christopher Fairburn del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford (UK) è la massima autorità mondiale nel campo dei trattamenti basati sull'evidenza dei disturbi dell'alimentazione

Cari soci,

questo numero della newsletter ha in evidenza il successo del Convegno Nazionale AIDAP che si è svolto a Milano il 17 e 18 Maggio che ha avuto come ospite d'onore il prof. Christopher Fairburn del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford (UK).

Fairburn ha presentato importanti ricerche, frutto anche della sua collaborazione con il gruppo della Casa di Cura Villa Garda sul trattamento dell'anoressia nervosa e degli altri disturbi dell'alimentazione.

Il primo studio, eseguito a Oxford e a Leicester e pubblicato sull'American Journal of Psychiatry, ha evidenziato che nei pazienti con bulimia nervosa e disturbo dell'alimentazione NOS che hanno concluso il trattamento (circa il 75%) due terzi ha raggiunto la remissione dal disturbo.

Il secondo studio multicentrico, eseguito a Oxford, Leicester e Verona su 99 pazienti adulti affetti da anoressia nervosa e pubblicato su Behaviour Research and Therapy, ha evidenziato che tra quelli che completano il trattamento (circa il 65%), più del 50%, un anno dopo la conclusione della terapia, ha un peso normale e l'80% circa una psicopatologia residua. I dati sembrano anche più promettenti negli adolescenti con anoressia nervosa, come emerso da uno studio eseguito dal gruppo del dr. Dalle Grave pubblicato su Behaviour Research and Therapy.

Infine un terzo studio sulla CBT-E ospedaliera eseguito presso la Casa di Cura

segue pag. 2

In questo numero

VITA DELLA SOCIETÀ

Resoconto evento | Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: terapia e pratica | **PAG. 3**



Resoconto evento CBT-E dei disturbi dell'alimentazione: progressi e sfide future | **PAG. 5**

AIDAP Reggio Emilia | Un percorso di cambiamento fisico e psicologico | **PAG. 7**

Schede CBT-E per i pazienti | Modulo immagine corporea | **PAG. 8**

ARTICOLI SCIENTIFICI

Trattamento | La genetica dei disturbi alimentari: implicazioni cliniche e direzioni future | **PAG. 9**



Trattamento | La scienza dell'obesità: cosa veramente conosciamo sulle cause dell'obesità? | **PAG. 12**

Trattamento | Funzionamento familiare e sociale nei disturbi dell'alimentazione | **PAG. 16**

CALENDARIO CORSI E CONVEGNI | Secondo semestre del 2013 | **PAG. 17**

Trattamento | Quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): quali sono le novità? | **PAG. 18**



Trattamento | I giovani e i pasti fuori casa. Cambio di abitudini e associazione tra i nuovi modelli di assunzione dei pasti ed incremento di peso | **PAG. 24**

Quaderni del Ministero della Salute | Appropriately clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione | **PAG. 26**

ATTIVITÀ DELL'AIDAP | Attività e centri in Italia | **PAG. 28**

Villa Garda in pubblicazione sulla rivista *Psychotherapy and Psychosomatics* ha evidenziato risultati promettenti nel trattamento dei casi gravi di anoressia nervosa, in particolare negli adolescenti.

Questi risultati, presentati a Milano ai professionisti italiani, costituiscono un vero avanzamento nella conoscenza sulla cura dei disturbi dell'alimentazione, sia perché sono tra i primi pubblicati sull'esito dei trattamenti dell'anoressia nervosa sia perché dimostrano che la CBT-E è una forma promettente di cura per tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione.

Purtroppo, in Italia, ma anche negli altri Paesi occidentali, i trattamenti basati sull'evidenza come la CBT-E sono offerti ai pazienti solo da una minoranza di centri specialistici.

Per tale motivo AIDAP ha da anni come obiettivo primario quello di disseminare la CBT-E attraverso l'implementazione di corsi, pubblicazioni, congressi, ecc..

Chi vuole tempestivamente formarsi in modo completo sugli ultimi sviluppi della CBT-E è invitato a iscriversi al Corso TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE MULTISTEP DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE che si svolgerà in 5 giornate intensive nella splendida cornice di VOLTERRA (PI) dal 24 al 28 settembre 2013. Il Corso si rivolge a Medici, Psicologi, Dietisti, Nutrizionisti, professionisti e non che intendono approfondire in pochi giorni tutto sulla Terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'a-

limentazione e, per i suoi contenuti aggiornatissimi e per i nuovi casi clinici trattati è consigliato anche a tutti coloro che devono aggiornare le proprie conoscenze in tale campo (troverete il programma all'interno della newsletter).

In questo numero di *Emozioni e Cibo* troverete anche la descrizione dei criteri diagnostici DSM-5 dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione recentemente pubblicati, la revisione di alcuni articoli scientifici e un articolo sul funzionamento familiare nei disturbi dell'alimentazione.

Infine, da questo numero iniziamo a pubblicare le schede CBT-E per i pazienti, un'iniziativa unica nel campo dei disturbi dell'alimentazione.

Devo anche segnalarvi la pubblicazione recente del Quaderno del Ministero della Salute "Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione", a cui hanno dato un importante contributo quattro soci dell'AIDAP (Cappelletti, Dalle Grave, Calugi ed El Ghoch). Il Quaderno può essere scaricato dal sito <http://www.quadernidellasalute.it>.

Vi auguro buone vacanze estive, per ritrovarci ai nostri appuntamenti in settembre.

Mauro Cappelletti
Presidente AIDAP



**Newsletter della Associazione Italiana
Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)**

Via Sansovino, 16 - 37138 Verona - Tel. (045) 8103915
Fax (045) 8102884 - E-mail: info@aidap.org
Sito web: www.aidap.org

EMOZIONI E CIBO:

Periodico quadrimestrale dell'Associazione AIDAP
Iscrizione Tribunale di Verona - n. 1377-data 28/08/99

DIRETTORE RESPONSABILE:

Mauro Cappelletti

PROGETTO GRAFICO:

POSITIVE PRESS - Via Sansovino 16 - Verona
Sito web: www.positivepress.net

SOCI ONORARI AIDAP:

Ms. Jane Brody, Prof. David Garner, Prof. Francesca Brambilla, Ms. Dacia Maraini, Prof. Michele Carruba, Ms. Maria Teresa Ruta, Dr. Johan Vanderlinden, Prof. Christopher Fairburn, Prof. James Look, Prof. Stephen Wonderlich, Prof. Anthony Fabricatore, Dr. Zafra Cooper, Prof. Eric Stice, Dr. Roberta Sherman, Prof. Ron A. Thompson

CONSIGLIERI:

Cappelletti Mauro (Presidente AIDAP), Dalle Grave Riccardo (Segretario Scientifico AIDAP), Camporese Lucia, Pasqualoni Elettra, Banderali Arianna, Faillaci Antonino, Filardo Domenico

**NON SIETE UN ASSOCIATO AIDAP E VOLETE RICEVERE A CASA
LA RIVISTA "EMOZIONI E CIBO"?**

Abbonatevi* compilando il modulo a pag. 35

Per informazioni contattare via e-mail: info@aidap.org o tel. 045 8103915
* L'abbonamento alla sola rivista non comprende i benefici riservati ai soci AIDAP

AIDAP informa workshop



Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: terapia e pratica

Milano, 17 maggio 2013

Resoconto dell'evento a cura di: Antonino Faillaci - AIDAP Trapani

Il 17 maggio 2013 a Milano il Prof. **Christopher G. Fairburn**, massima autorità mondiale nel campo dell'evidenza dei disturbi dell'alimentazione, ha presentato un workshop sulla **terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione**.

Una Sala Congressi gremita di specialisti in terapia dei Disturbi dell'Alimentazione (DA) si attendeva una relazione magistrale da parte della massima autorità mondiale nel campo: possiamo senz'altro affermare che le aspettative non potevano essere esaudite in modo migliore. Il Prof. Fairburn del Centro per la Ricerca sui DA di Oxford ha analizzato in modo esauriente le procedure terapeutiche, peraltro note e adottate dagli specialisti dell'AIDAP che seguono il protocollo da lui indicato e rimaneggiato negli ultimi 20 anni. Ma, si sa, la diretta esposizione del Maestro, è un'altra cosa. Fairburn ha nella prima parte del workshop fornito una visione d'insieme della terapia transdiagnostica per poi esaminare nel dettaglio alcune tecniche che affrontano i comportamenti legati all'immagine corporea, elemento cruciale nel mantenimento dei DA. Caratteristica dei grandi esperti è senz'altro quella di trasmettere conoscenze, ma anche di aprirsi al dialogo con l'uditorio nel tentativo di chiarire tutti gli aspetti della materia e di giungere a conclusioni fondate sull'evidenza scientifica, validando esperienze ineludibili da parte di tutti gli specialisti del settore, che rendono ormai la CBT-E il trattamento di scelta nei DA. Infatti il Prof. Fairburn non si è sottratto ai molti interventi mostrando piena disponibilità al dialogo con espressioni di affabilità e simpatia che contraddistinguono da sempre l'humor britannico. Dalla elevata considerazione che da più parti del mondo scientifico il protocollo CBT-E per la cura dei DA ha acquisito, discende come conseguenza fondamentale che la sua disseminazione diventa necessaria per non togliere ai pazienti un'opportunità di cura efficace. È questa, peraltro, la mission della nostra Associazione in Italia e del gruppo del Prof. Fairburn a livello planetario.

Il Prof. Fairburn ha passato in rassegna con numerosi esempi tratti da pazienti ed anche filmati le principali procedure adottate nell'affrontare i vari meccanismi di mantenimento proposti dalla CBT-E.

Il workshop si è focalizzato in particolare sulla trattazione di come identificare e affrontare i meccanismi di mantenimento dell'immagine corporea negativa, come ad esempio la marginalizzazione di domini importanti della vita, il check della forma del corpo, gli evitamenti dell'esposizione del corpo e la sensazione di essere grassi.

Ogni argomento trattato da Fairburn ci ha indotto a rivedere ed ampliare le nostre conoscenze e, soprattutto ci ha stimolato, con gli esempi che ci ha fornito, a metterle in pratica nel modo più efficace. Grazie Professore, alla prossima!



AIDAP informa convegno nazionale



CBT-E dei disturbi dell'alimentazione: progressi e sfide future

Milano, 18 maggio 2013

Resoconto dell'evento a cura di: Francesco Iarrera (AIDAP Oliveri)

Sin dalla nascita, l'AIDAP si contraddistingue per **la qualità e il valore scientifico delle informazioni promulgate** nel corso delle numerose giornate organizzate allo scopo di fornire agli specialisti in disturbi dell'alimentazione (DA) **le più aggiornate capacità cliniche per la cura di queste patologie.**

Anche quest'anno, il convegno nazionale, ha offerto ai partecipanti, spunti necessari al proprio know-how, arricchito da una firma d'eccellenza assoluta, nel campo dei disturbi dell'alimentazione, come il prof. Christopher Fairburn.

La giornata è stata particolarmente intensa e serrata, vista l'ampiezza degli argomenti da affrontare. Come ormai da diversi anni accade, i vari punti in questione sono stati affrontati da numerosi professionisti, di comprovata esperienza clinica, che a diverso titolo collaborano attivamente con l'AIDAP. La sessione di lavoro è stata aperta dalla dr.ssa E. Chignola, che ha affrontato il tema dell'utilizzo della CBT-E nei pazienti non sottopeso. La brevità della terapia proposta (20 sedute), unita all'elevata efficacia – pari o superiore alle altre forme di trattamento note – e al buon tasso di mantenimento dei risultati ottenuti, fa sì che oggi, questa forma di terapia possa essere considerata, con ampia evidenza scientifica, il trattamento di riferimento nei disturbi alimentari non sottopeso.

Le caratteristiche cliniche simili, unite all'evidenza che vi è una continua migrazione fra le tre diverse categorie di disturbi dell'alimentazione, ha fornito lo spunto ai ricercatori a considerare la CBT-E adatta alla cura anche dei pazienti con disturbo del sottopeso; questo il tema affrontato brillantemente dal dr. Massimiliano Sartirana. I tentativi di utilizzo di questa forma terapeutica nei pazienti con basso peso, si sono dovuti scontrare con alcuni aspetti distintivi di questi pazienti, che complicano in maniera significativa tale approccio: si tratta di pazienti egosintonici verso il loro disturbo, che, hanno difficoltà a considerarlo come un problema. Allo scopo di affrontare sia il problema della scarsa motivazione sia quello del recupero del peso, la CBT-E prevede una mag-

giore durata del trattamento (40 sedute).

Oltre alla terapia ambulatoriale, considerata il livello base di terapia, è possibile applicare la CBT-E in forma di terapia ambulatoriale intensiva, di day hospital e di ricovero ospedaliero riabilitativo. Come esposto dalla dr.ssa Pisano, particolarmente interessante sembra essere la terapia ambulatoriale intensiva, una via di mezzo fra la terapia ambulatoriale e quella ospedaliera, proposta ai pazienti che non riescono ad ottenere un adeguato recupero di peso o che non riescono a sospendere uno o più meccanismi disfunzionali del disturbo dell'alimentazione (episodi bulimici, vomito, uso di lassativi, ecc). Questa forma di terapia prevede che i pazienti rimangano, dal lunedì al venerdì, all'interno dell'ambulatorio, durante le quali vengono assistiti in maniera più inten-



Da sinistra dr. Mauro Cappelletti, dr. Antonino Faillaci, dr.ssa Lucia Camporese, dr. Riccardo Dalle Grave

siva dagli specialisti, sia durante che dopo i pasti, quando è maggiore l'impulso ad attuare comportamenti non funzionali di controllo del peso. Questa forma di terapia, adatta qualora le condizioni mediche siano stabili, presenta numerosi vantaggi, rispetto al ricovero vero e proprio, primo fra tutti, mantiene il paziente all'interno del proprio habitat naturale, permettendogli di sperimentare costantemente le tecniche e le strategie apprese durante la terapia.

Qualora i pazienti presentino problemi medici talmente gravi da metterne a repentaglio la vita, e/o mostrino importanti problemi interpersonali, vi è indicazione di intensificare ulteriormente il livello di terapia, arrivando all'ultimo stadio della terapia multistep, proponendo il ricovero ospedaliero. Arianna Banderali ha illustrato le nuove strategie implementate dalla CBT-E ospedaliera per prevenire la ricaduta dopo il ricovero e i dati di uno studio eseguito a Villa Garda in cui si è osservato che circa il 90% dei pazienti completa il trattamento con successo. Dopo la dimissione si assiste a un lieve calo di BMI nei primi 6 mesi che si stabilizza fino a 12 mesi. Il trattamento determina anche un miglioramento della psicopatologia che si mantiene a 12 mesi di follow-up. Il dr. Iginio Marchi ha presentato gli adattamenti da apportare alla CBT-E quando è applicata agli adolescenti e i risultati promettenti di uno studio su 46 pazienti recentemente pubblicato su BRAT.

La dr.ssa Conti ha presentato una relazione focalizzata sull'ambivalenza tipica di chi vive un disturbo dell'alimentazione e ha descritto le strategie CBT-E per affrontarla.

Purtroppo, non tutti i pazienti che iniziano il trattamento riescono nel difficile compito di portare avanti il processo di guarigione. Un certo numero di persone non ottiene alcun miglioramento sin dall'inizio, altri, dopo un lento miglioramento arrestano questo processo, per poi, in seguito, riprendere a peggiorare. La dr.ssa Scutari ha spiegato che dare uno slancio terapeutico iniziale, intensificando il numero degli incontri, può facilitare il processo di cambiamento, anche a lungo termine, poiché le modifiche comportamentali ottenute nelle prime 4 settimane sembrano un buon predittore dell'esito della terapia. Altrettanto importante è revisionare l'andamento del trattamento allo scopo di identificare e affrontare gli ostacoli al cambiamento, rappresentati dalla presenza di problemi psicologici coesistenti (depressione clinica, bassa autostima nucleare, perfezionismo clinico), da problemi intrinseci alla patologia stessa (paura del cambiamento) e da aspetti esterni al disturbo (uso di sostanze, impegni che competono). Gravi squilibri elettrolitici, conseguenti non solo al sottopeso e/o a comportamenti non salutari di controllo del peso (vomito, diuretici, lassativi), ma anche come conseguenza della rialimentazione di un paziente sottopeso, non sono rari, e rappresentano la più frequente causa di morte nei pazienti con disturbi dell'alimentazione. È necessario che il team che si occupa di queste patologie includa un medico esperto sulle conseguenze fisiche dei disturbi dell'alimentazione, così da poter intervenire rapi-



Da sinistra dr.ssa Arianna Banderali, dr. Riccardo Dalle Grave

damente a correggere condizioni mediche che potrebbero avere esiti drammatici, come illustrato dal dr. El Ghoch.

La decisione di affrontare uno o più dei meccanismi di mantenimento aggiuntivi proposti dalla CBT-E (perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali) come descritto dalla dr.ssa Calugi, va sempre presa nella più ampia considerazione del sacro principio della parsimonia: solo se si è certi che questi meccanismi rappresentino un problema per la guarigione devono essere affrontati, altrimenti, specie se i pazienti presentano una grave psicopatologia specifica, è conveniente mantenere ferma l'attenzione al trattamento dei meccanismi specifici del disturbo dell'alimentazione.

Chiunque in Italia, si occupi, a diverso titolo di disturbo dell'alimentazione, deve considerare una fortuna poter ascoltare una relazione del dr. Dalle Grave. Gli spunti che se si possono trarre sono sempre numerosi e significativi per la propria pratica. Il dr. Dalle Grave ha spiegato che nei disturbi dell'alimentazione, porre diagnosi di disturbo psichiatrico coesistente, è una operazione complessa poiché spesso i sintomi che ne caratterizzano i criteri diagnostici, spesso sono conseguenza diretta del disturbo dell'alimentazione, soprattutto del sottopeso, come confermato da alcune ricerche che dimostrano un miglioramento dei sintomi d'ansia e depressivi in seguito all'aumento del BMI. Per questa ragione, è consigliabile porre questo tipo di diagnosi, solo dopo la normalizzazione del peso corporeo. Se il clinico è certo dell'esistenza della presenza di una comorbilità psichiatrica e che questa interferisca con il buon esito della terapia, questa dovrebbe essere affrontata prima di iniziare il trattamento, come frequentemente avviene nel caso della depressione clinica, normalmente corretta con l'uso della fluoxetina.

Malgrado negli ultimi decenni gli approcci terapeutici a nostra disposizione abbiano migliorato sensibilmente gli esiti a breve termine del disturbo dell'alimentazione, è comune il verificarsi di una ricaduta dopo la fine del trattamento, specie se il trattamento è stato di natura ospedaliera. La CBT-E, come illustrato dalla dr.ssa Ruocco, prevede di affrontare questo rischio puntando molto sulla tecnica del decentramento, una strategia che insegna ai pazienti a guardare determinati comportamenti "dal di fuori", riconoscendoli come dei possibili attivatori del disturbo stesso. Si tratta di

pensare ad una piccola scintilla che se non controllata può accendere un incendio. Allo stesso tempo, la CBT-E propone ai pazienti di mettere in conto delle possibili difficoltà future, dei momenti difficili, che occorre imparare a vedere come delle scivolate da cui ripartire il più rapidamente possibile. Tanto altro c'è da fare e tanto altro si farà, per migliorare l'efficacia dei trattamenti a nostra disposizione per la cura dei disturbi dell'alimentazione. Ma finché questo tempo arrivi, è

realistico continuare a puntare fermamente su un approccio come la CBT-E, in grado di migliorare significativamente la qualità della vita delle persone con disturbo dell'alimentazione. Sarebbe opportuno che tale approccio, venisse disseminato e implementato in tutto il territorio, creando una rete di professionisti in grado di proporlo adeguatamente ai propri pazienti, vista la crescente incidenza di queste malattie nella nostra società.



Seguici e clicca "Mi piace"

Offerta valida fino al **30 settembre 2013**

la promozione dell'estate!



Per tutti i lettori della rivista **Emozioni e Cibo** è stato realizzato un pacchetto composto da **sei dei nostri migliori titoli** all'incredibile prezzo di **44,00 euro** con **spese di spedizione gratuite**.

OLTRE IL 50% DI SCONTO
6 LIBRI a soli 44,00 EURO con spedizione GRATUITA!

prevenzione



1 COME MODIFICARE LO STILE DI VITA PER VIVERE A LUNGO E IN SALUTE

Dalle Grave R., Mangeri F.

ISBN-88-8429-064-3 | Euro ~~20,00~~

Le più moderne procedure e strategie derivate dalla terapia cognitivo comportamentale per sviluppare le abilità necessarie per **modificare in modo salutare le quattro aree più importanti del loro stile di vita: alimentazione, peso, attività fisica e gestione dello stress.**

2 BURN-OUT, MOBBING E MALATTIE DA STRESS

Pellegrino F., Abate S., Della Porta D.

ISBN-88-8429-035-X | ~~9,00 Euro~~

3 ESSERE O NON ESSERE LEADER

Pellegrino F.

ISBN-88-8429-062-7 | ~~9,00 Euro~~

4 IL BENESSERE PSICOSOMATICO

Casolari L., Pellegrino F.

ISBN-88-8429-027-9 | ~~14,00 Euro~~

5 MANAGING ZEN

Mascherpa V.

ISBN-88-8429-017-1 | ~~8,26 Euro~~

6 PSICOANALISI DELLA FERRARI

Casolari L.

ISBN-88-8429-041-4 | ~~9,00 Euro~~

psicologia per tutti



AIDAP Reggio Emilia lettere



Un percorso di cambiamento fisico e psicologico

A cura di: Lisa Reverberi - AIDAP Reggio Emilia

Un paziente della dott.ssa Reverberi, concluso efficacemente il suo percorso, ha voluto lasciare la sua testimonianza come incoraggiamento a chi sta per intraprendere un percorso di cambiamento fisico e psicologico

Ho conosciuto la dottoressa Reverberi qualche anno fa, quando ero riuscita nell'impresa di mandare completamente in tilt il mio corpo. Lei è la responsabile dell'AIDAP di Reggio Emilia (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso), un'associazione che diffonde e condivide in tutta Italia la conoscenza e la cultura nella prevenzione, educazione e trattamento dei disturbi dell'alimentazione.

Ed io, lo ammetto, mica mi ero accorta di avere dei problemi legati all'alimentazione, saltavo i pasti perché non avevo tempo, smangiucchiavo qualcosa davanti al computer appena riuscivo senza un orario fisso, ma non seguivo nessuna dieta drastica da giornale fai da te, quindi cosa avesse tanto da lamentarsi il mio corpo non lo capivo, sarà colpa dello stress mi dicevo, che tirare in ballo lo stress va sempre tanto di moda, ma sotto sotto non me lo spiegavo come mai non digerissi più nulla o mi gonfiassi all'improvviso senza mangiare. Anzi, a dirla tutta, non sapevo bene neanche come comportarmi, perché certe cose come pedalare o stare a galla te le insegnano da piccoli e non te le scordi più, altre le impari via via crescendo, come la convivenza con le persone, ma come avere un dialogo con un corpo che ha un linguaggio completamente diverso dal tuo, quello non te lo spiega proprio nessuno.

Comunque lì per lì, presa dal lavoro, dall'ansia e dalle varie concatenazioni causa effetto della vita, optai per la soluzione più facile ed indolore: ignorare completamente ogni segnale, come se io e il mio corpo fossimo due entità completamente distaccate. Soluzione ovviamente sbagliata che nel mio caso, all'improvviso, ha fatto scattare la sirena rossa del tilt, e per tilt intendo rimanere sveglia tutta notte dopo aver mangiato un pezzo minuscolo di pizza che digerirla non c'era verso, gonfiarsi talmente tanto da sembrare al terzo mese di gravidanza, crollare fisicamente e psicologicamente notte dopo notte. E a forza di stare male alla fine lo capisci che così non puoi continuare, che serve una soluzione e che in un qualche modo il rapporto con il tuo corpo devi recuperarlo. La cosa più im-

portante che comprendi, però, è che per ottenere un risultato devi affidarti a qualcuno di serio e specializzato, perché voglio dire non è sempre detto che un architetto sappia leggere anche uno spartito musicale ed è decisamente meglio cercare professionisti in grado di educarti a leggere il tuo corpo piuttosto che fallire miseramente da soli.

Ecco, è stato in questo modo che è iniziato il mio percorso con la dottoressa Reverberi. Parlare di dieta non avrebbe senso qui, perché il vero risultato non sono tanto i chili recuperati o persi quanto adottare uno stile di vita ed un'alimentazione talmente sana e naturale da non accorgersi nemmeno di essere a dieta, quello che vorrei invece dire a tutti quelli che deci-

Saltavo i pasti perché
non avevo tempo,
smangiucchiavo qualcosa
davanti al computer
appena riuscivo senza
un orario fisso

dono di perdere peso da soli o si accorgono di avere qualche problemino alimentare, è che un incontro conoscitivo con i dietisti dell'AIDAP non può fare che bene. Non solo imparere ad ascoltarvi, ma già dal loro primo sorriso capirete quanto sia sbagliato essere troppo rigidi nell'alimentazione come nei sentimenti, perché nella convivenza con noi stessi non servono solo minestrone o gallette di riso, ma anche tanta serenità, amore ed un bel cucchiaino di Nutella a colazione.

In questo numero della rivista prende il via una nuova iniziativa AIDAP per **migliorare l'applicazione della CBT-E nella pratica clinica.**

Sul sito www.emozioniecibo.it all'uscita di ogni numero di Emozioni e Cibo troverete le **Schede CBT-E da consegnare al paziente per ogni fase della terapia.** In questo numero sono presentate le **schede per affrontare l'immagine corporea.**

Schede CBT-E per i pazienti

Modulo immagine corporea

Il modulo completo può essere **SCARICATE IN FORMATO PDF DA PARTE DEI SOCI AIDAP** (per richiedere la password è sufficiente inviare un'email a info@aidap.org).

Il materiale è riservato ai terapeuti e ai pazienti che praticano la CBT-E dei disturbi dell'alimentazione e non può essere usato per altri motivi senza il permesso dell'editore Positive Press.

Check dello specchio

Il **Guardarsi allo Specchio** è una forma particolare di check della forma del corpo che ha capacità di fornire informazioni altamente credibili, ma ingannevoli sul proprio aspetto.

IL GUARDARSI ALLO SPECCHIO

Il Guardarsi allo Specchio è una forma particolare di check della forma del corpo che ha capacità di fornire informazioni altamente credibili, ma ingannevoli sul proprio aspetto. Tutti noi tendiamo a credere a ciò che vediamo, ma in realtà ciò che si vede dipende da come ci si guarda. Gli studi dimostrano che le persone con problemi alimentari lo eseguono con maggiore frequenza e con modalità inusuali: scrutano, infatti, il proprio corpo in modo più minuzioso e critico. Questa modalità ha delle conseguenze:

Analizza la scheda di monitoraggio in cui ha riportato in tempo reale ogni volta che si è guardato allo specchio e risponde alle seguenti domande:

- Quanto spesso mi guardo? Perché?
- Quanto tempo impiego?
- Cosa guardo esattamente?
- Cosa sto cercando di scoprire mentre mi guardo?
- Posso scoprirlo in questo modo?
- Quanti specchi ho in casa? Quanti ne uso?
- Come mi sento dopo essermi guardata/o?

Penso che eseguire il check allo specchio possa avere delle conseguenze negative?

Quali sono i check da interrompere?

Come posso modificare il modo di guardarmi allo specchio?

- Penso che eseguire il check allo specchio possa avere delle **conseguenze negative?**
- Quali sono i check da **interrompere?**
- Come posso **modificare** il modo di guardarmi allo specchio?

Check del confronto

Il **Confronto con gli Altri** è una forma particolare di check della forma del corpo che consiste nell'eseguire continui paragoni con la forma del corpo di altre persone.

IL CONFRONTO CON GLI ALTRI

Il Confronto con gli Altri è una forma particolare di check della forma del corpo che consiste nell'eseguire continui paragoni con la forma del corpo di altre persone. Queste persone sono selezionate tra quelle che si incontrano nella vita di tutti i giorni o quelle viste nei media o nelle notizie. Gli studi dimostrano che le persone con problemi alimentari lo eseguono con maggiore frequenza e con modalità inusuali: spesso, infatti, osservano il proprio corpo in modo minuzioso e critico, con attenzione selettiva alle parti del corpo meno gradite. Al contrario, osservano e giudicano la forma del corpo degli altri in modo diverso: guardano il corpo solo alcune parti del corpo delle altre persone in modo rapido, superficiale e superficiale, inoltre, gli individui che scelgono per il confronto sono spesso selezionati da gruppi amici, composti da persone dello stesso sesso ed età (o più giovani) con alcune caratteristiche positive (es. senza grassia, magra e di bell'aspetto, mentre, non vengono affatto notati coloro che non sono magri o sono meno attraenti. Questo tipo di confronto porta alla conclusione distorta e sfavorevole che il proprio corpo non sia attraente rispetto a quello di altre persone.

Analizza la scheda di monitoraggio in cui ha riportato in tempo reale ogni volta che si è confrontata/o con qualcuno e risponde alle seguenti domande:

- Chi sono le persone con le quali mi confronto?
- Sulla base di quali criteri le seleziono?
- Sono rappresentative delle persone del mio sesso e della mia età o appartengono a un gruppo atteso?
- Quali parti del corpo sono oggetto del confronto e in che modo le osservo (tempo, attenzione o dettaglio)?
- Quando il confronto come valuto il mio corpo in relazione a quello dell'altro?
- Il confronto mi fa sentire ad altri domini ad esempio il modo di vestire, la personalità, l'intelligenza?

Penso che eseguire il check di confronto possa avere delle conseguenze negative?

Quali sono i check da interrompere?

Come posso modificare il modo di confrontarmi con gli altri?

- Penso che eseguire il check di confronto possa avere delle **conseguenze negative?**
- Quali sono i check da **interrompere?**
- Come posso **modificare** il modo di confrontarmi con gli altri?

Evitamento dell'esposizione del corpo

Evitare di esporre il corpo è un comportamento comune tra le persone, ma è più frequente in quelle con problemi alimentari.

EVITAMENTO DELL'ESPOSIZIONE DEL CORPO

Evitare di esporre il corpo è un comportamento comune tra le persone, ma è maggiormente frequente in quelle con problemi alimentari. L'evitamento è un tentativo di nascondere il corpo in situazioni in cui si è avvertita una situazione che rischia l'esposizione corporea. Tuttavia, l'evitamento non risolve il problema perché non permette di affrontare le situazioni che il proprio corpo è in grado di affrontare e che si può affrontare con successo. Inoltre, impedisce o ritarda il processo di acquisizione di nuove abilità e di controllo degli impulsi, quindi, impedisce l'acquisizione di nuove informazioni sul proprio corpo e di imparare a gestire l'ansietà data dal mettere in mostra il proprio corpo.

Segna dalla lista degli evitamenti dell'esposizione del corpo un evitamento che intendi affrontare e risponde alle seguenti domande:

- Evitamento dell'esposizione del corpo che intendi affrontare
- Quali sono le ragioni che mi portano a metterlo in atto?
- Quali pensieri possono essere le conseguenze dell'affrontare questa esposizione?
 - la cosa più positiva che che potrà accadere
 - la cosa più realistica che che potrà accadere
- Quali vantaggi potrà ottenere nell'affrontare questa esposizione
- Planificare l'esposizione

Cosa ho imparato? Penso che esponendo il mio corpo potran esserci delle conseguenze positive?

Cosa farò per affrontare l'esposizione

- **Cosa ho imparato?**
- Penso che esponendo il mio corpo potranno esserci delle **conseguenze positive?**
- Cosa farò per affrontare l'esposizione?

articolo scientifico trattamento



La genetica dei disturbi dell'alimentazione: implicazioni cliniche e direzioni future

A cura di: Maria Grazia Rubeo - AIDAP Roma

Fonte: Sara E. Trace, J.M. Bake, Eva Penas-Lledo, CM Bullik. The genetics of eating disorder. *Ann Rev. Clin. Psychol* 2013, 9 589-620.

Le teorie più attuali sulla patogenesi dei Disturbi dell'Alimentazione (DA) hanno preso in considerazione un modello di tipo biopsicosociale in cui vari fattori interagiscono insieme per determinarne la malattia. Gli studi utilizzati, che hanno contribuito alla comprensione della predisposizione genetica a questi disturbi, sono quelli sui gemelli e di biologia molecolare, di linkage e di associazione. Gli studi di linkage indicano le regioni cromosomiche in cui si trovano i geni coinvolti in una malattia, valutando se due loci tendono ad essere ereditati insieme a causa della loro vicinanza sul cromosoma mentre quelli di associazione verificano l'esistenza di una correlazione tra alleli specifici ed una determinata malattia: sono più attendibili di quelli di linkage e richiedono la conoscenza a priori di regioni geniche candidate.

Questo articolo vuole prendere in considerazione la letteratura scientifica degli studi di genetica dell'Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), e Binge Eating Disorder (BED) per capire le direzioni future e le implicazioni cliniche della ricerca.

ANORESSIA NERVOSA

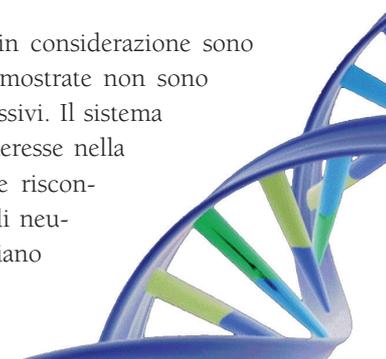
Nell'AN esiste una familiarità con i familiari di 1° grado che hanno una probabilità 11 volte superiore di sviluppare la malattia nel corso della propria vita rispetto ai controlli. Gli studi di linkage hanno suggerito che i cromosomi interessati sono l'1, 2, 4 e 13 con il cromosoma 1 che possiede i recettori Delta degli Oppioidi (ORPD1) e i recettori della serotonina (5HT) e 1D (5-HTR 1D). Per quanto riguarda il sistema serotoninergico questo sembra essere coinvolto nella regolazione dell'umore, appetito, regolazione del peso corporeo anche se sembra implicato nella patofisiologia di numerosi disturbi psichiatrici e non produce una vulnerabilità specifica per i DA. Molta attenzione è stata data al recettore 5-HT_{2A} della serotonina con una meta analisi del 2003 che ha evidenzia-

to come il polimorfismo del 1438G/A del recettore 5-HT_{2A} sia associato in maniera significativa con il rischio di sviluppare AN. In realtà, successivamente, questo polimorfismo è stato considerato implicato più che nel rischio, nell'età di insorgenza. Il sistema dopaminergico, invece, modula le emozioni, i processi di pensiero, l'attività motoria e alcuni comportamenti di ricerca di stupefacenti. Kaye e al. nel 2004 hanno ipotizzato un ruolo del sistema dopaminergico nella perdita di peso, nell'iperattività, nell'amenorrea, nel disturbo dell'immagine corporea e nei comportamenti ossessivo-compulsivi. Il gene della catecolaminometiltransferasi (COMT) sembrava avere un ruolo nell'AN anche se studi più recenti non hanno indicato influenze significative. È stato inoltre ipotizzato che gli individui con AN hanno una disregolazione del sistema degli oppioidi e che la restrizione e l'iperattività sono un mezzo per aumentare la gratificazione.

BULIMIA NERVOSA

Gli studi effettuati indicano che i parenti di persone affette da AN o BN hanno una maggiore probabilità di sviluppare la BN e gli studi sui gemelli indicano una ereditarietà che varia dal 28% all' 83%. Gli studi di linkage hanno preso in considerazione il cromosoma 10 e il 14. Sebbene il sistema serotoninergico sia quello più studiato nella BN gli studi che hanno preso in considerazione il polimorfismo del 5-HTTLPR (serotonin transporter linked polymorphic region) non hanno dato risultati consistenti.

Attualmente i campioni presi in considerazione sono piccoli e le poche evidenze dimostrate non sono state confermate in studi successivi. Il sistema dopaminergico ha suscitato interesse nella BN anche se tutte le anomalie riscontrate sono emerse dagli studi di neuroimaging e non è chiaro se siano



preesistenti o una conseguenza della malattia. Per quanto riguarda i geni che regolano l'appetito e l'introito di cibo esistono pochi studi tra cui quello di Miyasaka del 2006 che ha esaminato il gene del recettore della grelina e il tipo CC sembra essere un fattore di rischio per la BN. Per il sistema dei cannabinoidi gli individui affetti da BN rispetto ai controlli hanno un interessamento del gene che codifica il FAAH (fatty acid amide hydrolase), che è il principale enzima che degrada gli endocannabinoidi con presenza del genotipo AC e l'allele A. Considerando che la compulsione verso il cibo è un aspetto centrale nella BN si capisce come questo sistema sia ritenuto importante nello sviluppo di questa malattia. Come nell'AN, sebbene ci sia familiarità, ancora non sono stati evidenziati con esattezza i loci delle regioni cromosomiche coinvolte che determinano la suscettibilità alla BN.

BINGE EATING DISORDER

Il BED ha ricevuto molte attenzioni e anche le ricerche sull'influenza della genetica nello sviluppo di questa malattia stanno aumentando. In uno dei primi studi sulla familiarità Fowler e Bulik (1997) hanno messo a confronto 20 donne obese con BED e 20 donne obese senza BED, studiando una serie di variabili inclusa la storia psichiatrica della famiglia. Nel primo gruppo la percentuale nei parenti che presentava il BED è risultato più elevato che nei controlli. Il BED presenta una familiarità indipendente dal problema di peso e la maggior parte delle ricerche successive ha confermato questo dato. Gli studi di genetica del sistema serotoninergico hanno ipotizzato un coinvolgimento del 5 HTTLRP ma come nell'AN e nella BN, sebbene sia dimostrata una familiarità, non è stato ancora evidenziato il coinvolgimento di nessun gene specifico. Una particolare caratteristica degli studi effettuati nel BED e che la maggior parte sono condotti in individui obesi e in soprappeso. Il ruolo dell'obesità non deve essere confondente nelle future indagini.

EREDITARIETÀ DEI SINTOMI E TRATTI

Gli studi sui gemelli e di biologia molecolare hanno posto l'attenzione sui sintomi (abbuffate, vomito autoindotto) o sui fattori psicopatologici che costituiscono il core dei DA

(ricerca della magrezza). Un approccio ai singoli item utilizzati dal DSM IV è stata usata per esaminare l'influenza dei fattori genetici e ambientali anche dei singoli criteri diagnostici in considerazione del fatto che c'è migrazione tra un disturbo e l'altro nel corso del tempo ed esiste una trasmissione crociata tra AN, BN e BED. Questi studi hanno evidenziato come alcuni sintomi siano ereditabili in maniera differente con una più alta ereditarietà per le abbuffate e il vomito autoindotto (29%-34%), più bassa per altri come la ricerca della magrezza (18%-24%), anche se non sono state evidenziate regioni cromosomiche precise. I fattori genetici non agiscono da soli ma in sinergia con fattori ambientali. In altre parole, l'esposizione ad un determinato ambiente viene influenzata da fattori genetici che a loro volta però possono determinare la scelta da parte dell'individuo di una ambiente che di per se costituisce una fattore di rischio come il mondo della moda o della danza.

CONCLUSIONI

Anche se gli studi di genetica sull'AN, BN e BED sono ancora inconsistenti ed i campioni presi in considerazione troppo piccoli, l'influenza di una predisposizione genetica è riconosciuta. Queste ricerche, inoltre, hanno portato a rivalutare la conoscenza di come l'ambiente eserciti la sua influenza sulle persone geneticamente vulnerabili ai DA e ha stimolato lo sviluppo di nuovi modelli per spiegare come geni e ambiente interagiscono per determinare questo genere di malattie, anche perché non tutte le persone esposte ad un certo ambiente si ammalano di un DA.

Per quanto riguarda le implicazioni cliniche l'identificazione di varianti genetiche può aiutare a includere queste informazioni negli interventi di prevenzione e negli interventi psicoeducativi in cui si identificano i fattori genetici e ambientali che hanno provocato il disturbo. È importante educare i pazienti alla complessità di questa interazione in modo che la vulnerabilità genetica non diventi uno stigma che riduce l'autostima, ma un aiuto su come gestire la risposta di alcune persone a certi fattori ambientali con abilità adeguate. Le indagini genetiche inoltre potrebbero portare a chiarire ulteriormente le vie neurobiologiche implicate nei DA e rilevare anche bersagli farmacologici adeguati, laddove necessari.

EMOZIONI E CIBO *online*
www.emozioniecibo.it

Strumento di aggiornamento sulla prevenzione e terapia dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità



AIDAP



Terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione

Volterra (PI) - dal 24 al 28 settembre 2013

A CHI È RIVOLTO IL CORSO

Il Corso si rivolge a **Medici, Psicologi, Dietiste, Biologi nutrizionisti**, professionisti e non che intendono approfondire in pochi giorni tutto sulla Terapia cognitivo comportamentale multistep dei disturbi dell'alimentazione.

Il corso, per i suoi contenuti aggiornatissimi e per i nuovi casi clinici trattati è consigliato anche a tutti coloro che devono aggiornare le proprie conoscenze in tale campo.

Il corso si sviluppa su 5 giornate da martedì 24 a sabato 28 settembre. In particolare le **lezioni teoriche e pratiche** si articoleranno come segue:

- martedì 24 pomeriggio
- mercoledì 25 tutto il giorno
- giovedì 26 mattina
- venerdì 27 tutto il giorno
- sabato 28 mattina

PROGRAMMA

- 1. Teoria cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione**
- 2. Terapia cognitivo comportamentale (CBT) multispet**
 - Una visione d'insieme
 - Dati di efficacia
 - Procedure principali
 - Caratteristiche distintive
- 3. CBT ambulatoriale**
 - Descrizione delle principali procedure
 - Caso clinico
- 4. CBT ambulatoriale intensiva**
 - Descrizione delle principali procedure
 - Caso clinico
- 5. CBT ospedaliera**
 - Descrizione delle principali procedure
 - Caso clinico

MATERIALE CONSEGNATO AI PARTECIPANTI

Materiale consegnato ai partecipanti:

- Diapositive presentate
- Casi clinici
- Il libro Dalle Grave R. (2012). Come vincere i Disturbi dell'Alimentazione: un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale
- Questionari e materiale per implementare il trattamento

ACCREDITAMENTO ECM | per medici, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti

SEDE | Village Siaf - SP Monte Volterrano
Località Il Cipresso 56048 Volterra (PI)



La struttura è unica nel suo genere in Italia, prima Scuola di Alta Formazione con un Campus che può accogliere fino a 200 ospiti offrendo alloggi, aule, luoghi di ricreazione, servizi, supporti didattici, SIAF è un vero e proprio Learning Village.

Immersa nella campagna in posizione panoramica, una vera oasi di tranquillità per momenti di studio e di concentrazione, è l'ambiente ideale per garantire ai partecipanti del corso la massima intensità di apprendimento. Per altri riferimenti vedi: www.siafvolterra.it.

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

POSITIVE PRESS | Via Sansovino 16 - 37138 Verona
Tel. 0458103915 - Fax 0458102884

E-mail: positivepress@tin.it - Sito: www.positivepress.net
- www.aidap.org

QUOTE DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione comprende un trattamento di **pensione completa** a partire dalla cena di martedì 24, sino al pranzo compreso di sabato 28. Giovedì 26 nel pomeriggio sarà organizzata una gita a Volterra in compagnia di una guida. Alla sera cena in un locale tipico della città.

Tipologia di partecipante

Socio operativo AIDAP*	Euro 1.000,00 + IVA
Socio ordinario AIDAP*	Euro 1.100,00 + IVA
Sostenitore professionista AIDAP*	Euro 1.150,00 + IVA
Non socio AIDAP	Euro 1.200,00 + IVA
Studenti (no crediti ECM)	Euro 1.000,00 + IVA

* in regola con la quota associativa AIDAP 2013

- **Sconto del 20% sul secondo partecipante collaboratore di studio o collega presente nella propria città**
- **Quota accompagnatore: Euro 350 + IVA**

articolo scientifico trattamento



La scienza dell'obesità: cosa veramente conosciamo sulle cause dell'obesità?

A cura di:

- Enrico Patacca, medico - Reparto Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura "Villa Garda"
- Lucia Camporese, psicologa - Responsabile AIDAP, Padova

Fonte: "The science of obesity: what do we really know about what makes us fat?" An essay by Gary Taubes. Taubes G. BMJ. 2013 Apr 15;346

La storia della ricerca sulle cause di obesità propone varie ipotesi. Gary Taubes, cofondatore di Nutrition Science Initiative (NuSI.org), esperto di temi relativi alla scienza e alla salute, sostiene che alla fine siano prevalse ipotesi discutibili e che ciò, unitamente a un metodo scientifico poco rigoroso, abbia aggravato il problema "obesità". L'Autore conclude affermando che, allo scopo di conseguire nuovi progressi, sia necessario riconsiderare ulteriormente ciò che realmente causa l'obesità.



PREMESSA

Prima della seconda guerra mondiale la maggior parte della letteratura scientifica era pubblicata in lingua tedesca. Successivamente divenne l'inglese la lingua scientifica di riferimento, per cui negli anni 60-70 del secolo scorso le intuizioni e le osservazioni cliniche in lingua tedesca erano praticamente scomparse dalla letteratura scientifica internazionale. Da allora l'obesità è stata considerata alla stregua di un disturbo dell'alimentazione, quindi di competenza psicologica e psichiatrica, e la ricerca ha mirato, e mira ancor oggi, a identificare nei meccanismi psicologici della fame e della sazietà la causa dell'obesità. Ci si è chiesto infatti perché le persone obese mangiano in eccesso, anziché chiedersi perché immagazzinano troppo grasso: due domande radicalmente diverse tra loro.



LE IPOTESI SULLE CAUSE DI OBESITÀ

Dal 1950 l'obesità è considerata il risultato di un bilancio energetico positivo, in altre parole, se si diventa obesi è perché si mangia in eccesso. Peraltro la terapia dell'obesità basata sull'induzione di un bilancio energetico negativo, è risultata per lo più inefficace. L'opinione diffusa è sempre stata quella di attribuire al paziente la responsabilità dell'in-

successo terapeutico, piuttosto che mettere in discussione tale dissonanza. È stata inoltre avanzata la teoria che l'obesità è un problema complesso e multifattoriale e che ciò spiegherebbe il motivo della sua diffusione epidemica. Esiste però la possibilità che l'ipotesi del bilancio energetico, fino ad oggi accettata, non sia del tutto corretta e che questa sia la principale ragione in grado di spiegare i mancati progressi nella terapia dell'obesità. Se ciò fosse vero, diverrebbe allora elemento cruciale rivisitare tale errata convinzione per poter ottenere maggiori successi in futuro.

L'ipotesi del bilancio energetico

Nonostante sia sostenuta da leggi fisiche, l'ipotesi del bilancio energetico rimane comunque solo un'ipotesi. L'applicabilità delle leggi della termodinamica agli organismi viventi risale addirittura al 1880 e deriva dagli studi del fisiologo tedesco Max Rubner e degli scienziati americani Wilbur Atwater e Francis Benedict. In seguito il diabetologo tedesco Carl von Noorden, nel 1908, avanzò l'ipotesi che l'assunzione di una quantità di cibo superiore alle necessità portasse all'accumu-



lo di grasso e all'obesità. Verso la fine degli anni 20, presso l'Università del Michigan, Louis Newburgh sostenne l'ipotesi del bilancio energetico, basandosi sulle seguenti assunzioni:

- Tutte le persone obese sono simili fra loro per una caratteristica ben precisa, mangiano in eccesso.
- Le persone obese hanno una fame eccessiva o consumano poche calorie.
- Le persone obese sono deboli, ignoranti e hanno eccessiva indulgenza verso di sé.
- Il problema del peso riguarda esclusivamente la regolazione dell'introito calorico e della spesa energetica.

In definitiva: perché ingrassiamo? Perché mangiamo troppo; come facciamo a sapere che stiamo mangiando troppo? Per il fatto che ingrassiamo; e perché ingrassiamo? Perché mangiamo troppo, e così via.

L'ipotesi endocrinologica

L'ipotesi dell'alterata regolazione ormonale avanzata dai ricercatori tedeschi e austriaci prima della seconda guerra mondiale, fu presto abbandonata nel dopo guerra a causa del diffuso sentimento antitedesco dell'epoca e, come già detto, del contemporaneo utilizzo dell'inglese quale lingua scientifica di riferimento, in alternativa a quella tedesca. In precedenza erano state avanzate due ipotesi distinte:

- 1 Nel 1923 Wilhelm Fata, allievo di Von Noorden, riteneva che l'obesità fosse indotta dall'insulina, perché aveva constatato che era necessario un pancreas funzionalmente integro per garantire l'assimilazione di grandi quantità di cibo.
- 2 Nel 1908 Il medico tedesco Gustav Von Bergmann e l'endocrinologo viennese Julius Bauer avevano avanzato l'ipotesi della lipofilia.

L'ipotesi della lipofilia

Secondo tale ipotesi, il grasso si accumula in alcune regioni del corpo e non in altre (Love of fat) e tale distribuzione è regolata da fattori biologici. Ciò priva alcuni organi dell'energia loro necessaria, determinando aumento della fame e stato di letargia. Si tratterebbe però di effetti compensatori, non delle vere cause dell'obesità: "Il grasso vive per se stesso e non si adatta alle fini regolazioni dell'organismo considerate nel suo complesso". Il clinico tedesco Erich Grafe nel suo libro *Metabolic disease and their treatment* (1933), pubblicato in inglese, descriveva la lipofilia come "una condizione di anomala produzione e ostacolata rimozione del grasso, una sorta di lipomatosi universale" e aggiungeva che "se una persona aumenta di peso deve necessariamente assumere più energia di quanta ne consumi". Nel 1938 Russel Wilder della Mayo Clinic affermava che la sottrazione di una seppur minima quantità di grasso dal circolo ematico poteva spiegare sia la ritardata sensazione di sazietà sia l'anomala propensione per i carboidrati, tipica delle persone obese.

Nel 1940 l'endocrinologo Hugo Rony scriveva nel suo manuale *Obesità e magrezza*:

- Cos'è che non funziona nel meccanismo che regola la fame e il consumo energetico?
- Quale parte di questo meccanismo è prioritariamente alterata?
- Il bilancio energetico positivo è in realtà il risultato, non la causa dell'obesità.

Rony ipotizzava che qualche anomalia intrinseca fosse alla base del disturbo di regolazione ormonale e respingeva l'idea che la causa dell'obesità fosse un comportamento aberrante del paziente o addirittura la sua stessa ignoranza. Secondo l'ipotesi lipofilica, l'obesità è una risposta compensatoria regolata dall'insulina; secondo l'ipotesi del bilancio energetico, l'alimentazione in eccesso è la causa dell'obesità.

L'ipotesi insulina-carboidrati

La scoperta che l'insulina è il principale regolatore dell'accumulo di grasso nella cellula adiposa, avvenuta nel 1960, sarebbe servita a riunificare le due suddette ipotesi endocrine. Ciò implicava che gli zuccheri semplici (saccarosio e fruttosio) risultassero gli stimoli alimentari ambientali che inducevano obesità. Stimoli ingrassanti, non in quanto assunti in eccesso, ma perché in grado di stimolare una risposta ormonale che porta all'accumulo di grasso. Nel 1963 Reginald Passmore e Yola Swindells scrissero sul *British Journal of Nutrition*: "Ogni donna sa che i carboidrati fanno ingrassare e questa è una conoscenza ormai comunemente accettata, che pochi nutrizionisti possono contestare!"



RIPERCUSSIONI ACCADEMICHE

Dalla fine della seconda guerra mondiale alla metà degli anni 70, l'ipotesi insulina-carboidrati ebbe grande successo. Le diete a basso contenuto di carboidrati furono largamente prescritte dai medici nutrizionisti, in seguito alla sorprendente efficacia che avevano dimostrato nel ridurre l'eccesso di peso. La larga diffusione di manuali basati su tale ipotesi, come Dr. Atkins' *Diet Revolution* (1972), scatenarono però nel mondo accademico e nei ricercatori reazioni molto negative. Nel 1972 Fred Stare, direttore del Dipartimento di Nutrizione di Harvard, affermò che i dietologi che prescrivevano ai loro pazienti diete povere di carboidrati, ad alto contenuto calorico e ricche di grassi saturi, erano colpevoli di "malpractice", in quanto responsabili di aumentare il rischio di patologia cardiovascolare. A metà degli anni 70 tali diete vennero etichettate come pericolose e i medici prescrittori come persone incompetenti e superficiali. L'idea che l'obesità fosse un alterato accumulo di grasso – effetto di un disordine nella regolazione ormonale – attivato non da uno squilibrio del bilancio energetico, ma dalla qualità e quantità di carboidrati nella dieta, fu abbandonata e ritenuta non meritevole di considerazione.



L'EVIDENZA SCIENTIFICA

Nella medicina tecnologica del 21° secolo sarebbe arduo sostenere che il problema dell'obesità sia stato risolto dagli endocrinologi degli anni 60. Si può presumere che le varie ipotesi siano state rigorosamente testate e che quella del bilancio calorico abbia infine prevalso. Oggi si tende a dare per scontato che sia l'eccesso di calorie, e non di carboidrati, a indurre l'aumento di peso. Il vero problema è però quello di non conoscere a fondo le diverse ipotesi, compresa quella del bilancio energetico. La presenza di uno squilibrio del bilancio energetico negli individui che aumentano di peso è considerata come evidenza che tale ipotesi risulta corretta. La stessa cosa si può affermare dall'osservazione che le persone obese mangiano di più e si muovono di meno delle persone normopeso e che la disponibilità di cibo pro capite è aumentata parallelamente all'obesità, così come la riduzione del tempo dedicato all'attività fisica.



CALORIE E CARBOIDRATI

Tali considerazioni sono però consistenti ad entrambe le ipotesi. Il tentativo di attribuire all'eccessiva disponibilità di calorie l'aumento epidemico dell'obesità non tiene infatti conto che tale eccesso calorico è prevalentemente rappresentato proprio dai carboidrati semplici. In definitiva queste osservazioni non gettano nuova luce sul quesito se sia l'eccesso di calorie o di carboidrati a indurre obesità. Soprattutto non risolve il problema fondamentale se le persone ingrassano perché mangiano di più o se mangiano di più perché la composizione dei macronutrienti della loro dieta favorisce l'accumulo di grassi, l'aumento della lipogenesi, la riduzione della lipolisi e l'aumento della fame. Secondo l'opinione generale le bevande zuccherate contengono calorie semplici che fanno aumentare di peso se vengono assunte in eccesso. È possibile che il fruttosio, presente in queste bevande come dolcificante, possa inibire a livello epatico il segnale leptinico, favorendone un consumo eccessivo. L'ipotesi ormonale si focalizza inoltre sulla possibilità che il fruttosio induca insulino-resistenza a livello epatico, incrementando i livelli insulinemici, favorendo l'accumulo dei grassi nelle cellule adipose e aumentando così la lipofilia (ipotesi lipofilia)



CHIRURGIA BARIATRICA

Anche per la chirurgia bariatrica valgono le stesse considerazioni. L'evidenza che essa funziona non risponde al quesito se la conseguente perdita di peso dipenda dai cambiamenti ormonali dovuti al riassetto post-chirurgico del tratto gastro-enterico, dalla riduzione dell'apporto calorico totale o dalla riduzione dei soli carboidrati semplici.



PUNTI DEBOLI RELATIVI ALLA RICERCA SULL'OBESITÀ E LA NUTRIZIONE

L'evidenza generata da studi osservazionali, scarsamente controllati, risulta poco affidabile nel formulare linee guida per la salute pubblica. Inoltre gli studi osservazionali non stabiliscono relazioni causali, ma indicano solo associazioni, proponendo quindi ipotesi, che però dovrebbero essere rigorosamente testate. In assenza di test sperimentali rigorosi, non è possibile individuare le cause e la terapia dell'obesità, ma si possono fare solo speculazioni. Nei trial sperimentali risulta molto difficile il controllo delle variabili, soprattutto nei "free-living trial". A breve termine, una dieta povera di carboidrati risulta più efficace nell'indurre perdita di peso e migliorare le patologie cardiovascolari e metaboliche associate all'obesità. Dopo uno o due anni i risultati perdono di significatività e si riduce invece la compliance dei pazienti nel seguire qualsiasi tipo di dieta.

Anche se questi studi non sono in grado di risolvere il problema sulle cause dell'obesità, possono però suggerire quale dieta sia più efficace per perdere peso, rispondendo al quesito: "Si dovrebbe ridurre l'apporto calorico o l'apporto di carboidrati per perdere peso?"

Se risultasse poco significativo sapere quale dieta preferire, perché comunque difficile da seguire per il tempo necessario, verrebbe allora confermata l'ipotesi del bilancio energetico, ovvero che è sufficiente ridurre l'apporto calorico per perdere peso. In definitiva ciò che realmente conta è conoscere le cause dell'aumento di peso. Diverso è invece conoscere quale tipo di dieta sia più efficace e consigliabile e se la perdita di peso possa essere più facilmente indotta dal semidigiuno o dalla restrizione dei carboidrati



PROSPETTIVE FUTURE

Due sono le possibili scelte per il futuro: continuare a rinvangare il passato oppure guardare avanti e iniziare un nuovo programma di ricerca serio e rigoroso, che però si può fare solo a tre condizioni:

- 1 Accettare la possibile esistenza di una o più ipotesi alternative sulle cause dell'obesità, impegnandosi ogni volta a testarle con rigore.
- 2 Rifiutare la ricerca se effettuata al di sotto di standard rigorosi, per il rischio di ritenerla poi sufficiente a formulare linee guida finalizzate alla salvaguardia della salute pubblica.
- 3 Se ciò che è stato fatto bene non risultasse comunque abbastanza, reperire volontà e risorse per farlo ancor meglio.

Terapia cognitivo comportamentale della bassa autostima

Verona, 18 ottobre 2013

PROGRAMMA

TEORIA SULLA BASSA AUTOSTIMA

(Dalle Grave Riccardo)

- 09:00-09:15 Presentazione obiettivi del corso
- 09:15-09:30 Definizione di bassa autostima
- 09:30-10:00 Le origini della bassa autostima
- 10:00-11:00 I meccanismi di mantenimento della bassa autostima
- 11:00-11:30 Coffee break
- 11:30-12:15 Evidenza dalla ricerca della relazione tra disturbi psicologici e bassa autostima
- 12:15-13:00 Evidenza di efficacia del trattamento della bassa autostima
- 13:00-14:00 Pausa pranzo

UNA GUIDA PER AFFRONTARE LA BASSA AUTOSTIMA

(Massimiliano Sartirana)

- 14:00-14:30 Prepararsi e iniziare il cambiamento
- 14:30-15:00 Identificare gli errori di predizione e i comportamenti di precauzione
- 15:00-15:30 Affrontare i comportamenti di evitamento
- 15:30-16:00 Affrontare l'autocritica
- 16:00-16:15 Coffee break
- (Lucia Camporese)
- 16:15-16:45 Affrontare le regole di vita residue
- 16:45-17:15 Imparare ad accettarsi
- 17:15-17:30 Decentrarsi dallo stato mentale della bassa autostima e terminare il programma e prevenire le ricadute
- 17:30- 18:00 Esame ECM

RELATORI

Dalle Grave Riccardo, medico | Segretario scientifico AIDAP
Sartirana Massimiliano, psicologo | AIDAP Verona
Camporese Lucia, psicologo | AIDAP Padova



PRESENTAZIONE DEL LIBRO

Durante il corso sarà presentato il nuovo libro
VINCERE LA BASSA AUTOSTIMA

ISBN-88-8429-066-X
Ed. Positive Press (2013)

ACCREDITAMENTO ECM | per medici, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti

SEDE | Hotel San Marco - Via Longhena 42
37138 Verona (VR) - Tel. 045569011 - Fax 045572299

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

POSITIVE PRESS | Via Sansovino 16 - 37138 Verona
Tel. 0458103915 - Fax 0458102884
E-mail: positivepress@tin.it - Sito: www.positivepress.net

QUOTE DI ISCRIZIONE

Tipologia di partecipante

Socio operativo*	Euro 100,00 + IVA (TOT Euro 121,00)
Socio ordinario*	Euro 150,00 + IVA (TOT Euro 181,50)
Sostenitore professionista*	Euro 200,00 + IVA (TOT Euro 242,00)
Non socio AIDAP	Euro 250,00 + IVA (TOT Euro 302,50)

* in regola con la quota associativa AIDAP 2013

Business Meeting

Verona, 19 ottobre 2013

INGRESSO RISERVATO AI SOCI OPERATIVI E ORDINARI AIDAP

QUOTE DI ISCRIZIONE

Tipologia di partecipante

Socio operativo	Gratuito
Socio ordinario	Euro 100,00 + IVA (TOT Euro 121,00)

articolo scientifico trattamento



Funzionamento familiare e sociale nei disturbi dell'alimentazione

A cura di: Riccardo Dalle Grave, Segretario Scientifico AIDAP

È noto che l'eziologia dei disturbi dell'alimentazione è complessa, ma certe teorie che enfatizzano il ruolo primario delle interazioni familiari nel causare l'anoressia nervosa, sebbene siano ormai riconosciute come eccessivamente semplicistiche ed erranee, sono ancora in circolazione. Queste teorie sostenevano, ad esempio, che particolari stili di interazione tra i membri della famiglia giocassero un ruolo centrale nel causare non solo l'anoressia nervosa, ma anche altri gravi disturbi psichiatrici, come la schizofrenia e l'autismo. I modelli teorici causali familiari hanno portato a coniare termini dispregiativi come, ad esempio, la madre "schizofrenogena" o "anoressogena". Purtroppo, l'opinione che certe attitudini dei genitori o pattern familiari siano anoressogeni persiste anche oggi, sebbene il supporto empirico a questa ipotesi sia molto debole nella migliore delle ipotesi. Gli stereotipi sulle cause familiari dei disturbi dell'alimentazione sono particolarmente frequenti nei media e questa fonte di disinformazione può portare le persone affette da disturbi dell'alimentazione ad avere idee sbagliate sulle cause del loro problema, a intraprendere trattamenti non adeguati e, in alcuni casi, a peggiorare le loro relazioni familiari.

Mentre le ricerche trasversali e longitudinali sul possibile ruolo causale delle interazioni tra i membri della famiglia hanno prodotto risultati inconsistenti, alcuni studi hanno evidenziato che l'emotività espressa dei genitori può avere un ruolo nel mantenere o aggravare il disturbo dell'alimentazione o al contrario favorirne il miglioramento. L'emotività espressa è una misura delle attitudini e dei comportamenti verso un membro della famiglia ammalato che include cinque dimensioni: commenti critici, ostilità, eccessivo coinvolgimento emotivo, commenti positivi e calore. Famiglie con elevata emotività espressa sono più critiche, ostili e eccessivamente coinvolte emotivamente rispetto a quelle con bassa emotività espressa.

In generale, le ricerche più recenti eseguite nell'anoressia nervosa hanno evidenziato nella maggioranza delle famiglie la presenza di bassi livelli di emotività espressa, in particolare per i sentimenti negativi (commenti negativi, ostilità ed eccessivo coinvolgimento emotivo), mentre sono spesso più

in evidenza i sentimenti positivi (calore e commenti positivi) sebbene a bassi livelli. Comunque, circa un terzo delle famiglie mostra elevati livelli di emotività espressa. In questi casi è opportuno aiutare i genitori a migliorare le loro attitudini e comportamenti nei confronti del membro della famiglia ammalato perché alcuni studi nell'anoressia nervosa hanno dimostrato che un'emotività espressa elevata sembra essere associata a un maggiore tasso di drop-out e a un esito di trattamento più scadente.

Emotività espressa: misura delle attitudini e dei comportamenti verso un membro della famiglia ammalato

In particolare, i commenti critici sembrano avere un impatto negativo sull'esito del trattamento. A questo proposito, alcuni studi hanno evidenziato che le persone con anoressia nervosa sembrano essere più sensibili agli stimoli negativi di altre e che questo possa essere dovuto a una peculiare vulnerabilità neurobiologica. È stato ipotizzato che la presenza di un temperamento ansioso e la tendenza a essere eccessivamente sensibili alle ricompense, può rendere i pazienti con anoressia nervosa particolarmente vulnerabili ai commenti critici. Al contrario, come è stato suggerito per i pazienti con schizofrenia, è possibile che il calore genitoriale giochi un ruolo più importante nell'esito del trattamento rispetto ai commenti critici e all'ostilità. Per tale motivo, se i livelli di criticismo sono bassi all'inizio del trattamento, la terapia potrebbe essere finalizzata a supportare i genitori a mostrare più calore e a fare più commenti positivi nei confronti dell'adolescente affetto da anoressia nervosa. Dati consistenti recenti hanno osservato che il coinvolgimento dei genitori nel

trattamento favorisce la riduzione della morbilità psicologica e medica, specialmente nei pazienti con una breve durata del disturbo dell'alimentazione.

Quando il disturbo è di lunga durata e si mantiene nell'età adulta, è quasi inevitabile che diventino più frequenti e accentuate le dispute e le difficoltà relazionali con i genitori e/o il partner sia in conseguenza delle liti riguardanti l'alimentazione e gli altri comportamenti legati al disturbo dell'alimentazione sia per i frequenti sbalzi del tono dell'umore associati al disturbo dell'alimentazione.

Per quanto riguarda, le relazioni interpersonali al di fuori della famiglia, le persone affette da disturbi dell'alimentazione tendono spesso a trascurare le amicizie per perseguire il controllo del peso e della forma del corpo e a praticare attività fisiche solitarie prolungate, finalizzate a consumare energia. Spesso evitano gli inviti a pranzo o a cena di parenti e amici per la paura di perdere il controllo e mangiare in eccesso. Quando è presente una severa perdita di peso corporeo, di solito avviene un completo isolamento sociale

per la perdita di interesse, compreso quello sessuale, nel frequentare gli altri.

Infine, per quanto riguarda la carriera scolastica e lavorativa, nelle fasi iniziali del disturbo dell'alimentazione è frequente osservare nelle pazienti con disturbi dell'alimentazione un eccessivo impegno scolastico e lavorativo che non lascia tempo ad altre attività di natura interpersonale e ludica. In questa fase, le persone con disturbi dell'alimentazione possono avere un ottimo profitto scolastico e lavorativo ma, pur ricevendo le lodi dagli insegnanti e dai datori di lavoro, raramente sono soddisfatte delle loro prestazioni. Con il progredire del disturbo dell'alimentazione, soprattutto se avviene una marcata perdita di peso, è comune la comparsa di difficoltà di concentrazione, di attenzione e comprensione. A volte, l'elevata frequenza di abbuffate e vomito o l'eccessivo tempo dedicato all'esercizio fisico impediscono lo svolgimento di qualsiasi altra attività. La conseguenza è che nei disturbi gravi e di lunga durata è comune l'interruzione dell'attività scolastica e lavorativa.

CALENDARIO CORSI E CONVEGNI 2013

Tutti i corsi sono

accreditati

ECM per medici,
biologi nutrizionisti,
dietisti e psicologi



VOLTERRA (PI)

CBT INTENSIVE COURSE
SUI DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE

5 giornate nella splendida cornice di Volterra nella "The learning village in Tuscany"

settembre dal **24** al **28**



VERONA

CORSO DI AGGIORNAMENTO
TRATTAMENTO DEI DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE
E BUSINESS MEETING UOL

www.positivepress.net
www.aidap.org

ottobre **18-19**

VERONA

UN PROGRAMMA BASATO
SULLA DISSONANZA COGNITIVA
PER PREVENIRE I DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE

www.positivepress.net
www.aidap.org

novembre **22**

Per ulteriori informazioni: POSITIVE PRESS - Tel. 045 8103915 - Fax 045 8102884 - E-mail: corsi@positivepress.net
Siti web: www.positivepress.net - www.aidap.org

Ricordiamo che i corsi non abilitano all'elaborazione di diete o piani alimentari o alla cura e al trattamento di patologie in campo nutrizionale, in assenza di precedenti ed adeguati titoli abilitanti secondo quanto disposto dalle leggi vigenti.

Un programma basato sulla dissonanza cognitiva per prevenire i disturbi dell'alimentazione

Verona, 22 novembre 2013

PROGRAMMA

MATTINA (Dalle Grave Riccardo)

- 09:00-09:15 Presentazione obiettivi del corso
- 09:15-10:00 Resoconto della storia della prevenzione dei disturbi dell'alimentazione
- 10:00-10:30 Resoconto di risultati da una review metanalitica dei trials di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione
- 10.30-11:00 Descrizione dei trials di maggior efficacia
- 11:00-11:30 Coffee break
- 11:30-12:00 Presentazione del programma di prevenzione basato sulla teoria della dissonanza cognitiva
- 12:00-12:30 Dati dalla ricerca che supportano l'efficacia del programma basato sulla dissonanza cognitiva nelle scuole superiori
- 12:30-13:00 Affrontare le barriere legate alla disseminazione
- 13:00-14:00 Pausa pranzo

POMERIGGIO (Ruocco Antonella e Chignola Elisa)

- 14:00-15:00 Descrizione e video dimostrazione della conduzione della sessione 1
- 15:00-16:00 Descrizione e video dimostrazione della conduzione della sessione 2
- 16:00-16:15 Coffee break
- 16:15-17:00 Descrizione e video dimostrazione della conduzione della sessione 3
- 17:00-18:00 Descrizione e video dimostrazione della conduzione della sessione 4
- 18:00-18:30 Esame ECM

ACCREDITAMENTO ECM | per medici, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti

SEDE | Hotel San Marco - Via Longhena 42
37138 Verona (VR) - Tel. 045569011 - Fax 045572299

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI

POSITIVE PRESS | Via Sansovino 16 - 37138 Verona
Tel. 0458103915 - Fax 0458102884
E-mail: positivepress@tin.it - Sito: www.positivepress.net

RELATORI

Dalle Grave Riccardo, medico | Segretario scientifico AIDAP
Ruocco Antonella, psicologo | Casa di Cura Villa Garda
Chignola Elisa, psicologo | Casa di Cura Villa Garda

QUOTE DI ISCRIZIONE

Tipologia di partecipante

Socio operativo*	Euro 72,00 + IVA (TOT Euro 87,12)
Socio ordinario*	Euro 100,00 + IVA (TOT Euro 121,00)
Sostenitore professionista*	Euro 115,00 + IVA (TOT Euro 139,15)
Non socio AIDAP	Euro 144,00 + IVA (TOT Euro 174,24)
No crediti ECM	Euro 72,00 + IVA (TOT Euro 87,12)

* in regola con la quota associativa AIDAP 2013

Ricordiamo che i corsi non abilitano all'elaborazione di diete o piani alimentari o alla cura e al trattamento di patologie in campo nutrizionale, in assenza di precedenti ed adeguati titoli abilitanti secondo quanto disposto dalle leggi vigenti.

Bacheca



Buon estate
dallo staff
AIDAP

È arrivata la cicogna...

Le nostre più sentite felicitazioni alla dott.ssa
Laura De Koltscher del centro AIDAP
di Verona per il lieto evento.



Giulia

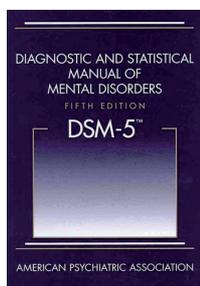
articolo scientifico trattamento



Quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5): quali sono le novità?

A cura di: Riccardo Dalle Grave - Segretario Scientifico AIDAP

Fonte: www.DSM5.org



L'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato nel maggio 2013 il DSM-5, frutto di un processo di revisione di 14 anni. Il DSM-5 ha introdotto numerose novità per cercare di migliorare la descrizione dei sintomi e dei comportamenti delle persone che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel corso della loro vita.

Il gruppo di lavoro sui disturbi dell'alimentazione che ha sviluppato i novi criteri DSM-5 si è posto come obiettivo primario quello di minimizzare l'uso della diagnosi vaga "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato" per far sì che i pazienti ricevano una diagnosi che descriva accuratamente i loro sintomi e comportamenti – il primo passo per definire un piano di trattamento.

I cambiamenti principali riguardano l'aver raggruppato in un'unica categoria diagnostica, chiamata **disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**, i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, l'aver fornito una nuova definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'aver incluso nuove categorie diagnostiche e modificato alcuni criteri diagnostici. Un cambiamento minore è stato l'abbandono dei numeri romani per definire le edizioni del DSM a favore dei numeri arabi (da DSM-IV a DSM-5).

DEFINIZIONE

Il DSM-5 fornisce la seguente definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: *"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati all'alimentazione*

che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale".

Va ricordato che il DSM-IV non forniva una definizione di disturbo dell'alimentazione e che questo aveva provocato numerosi problemi nello stabilire il confine diagnostico dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati perché non avevano criteri diagnostici positivi come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.

CATEGORIE DIAGNOSTICHE

Il DSM-5 include le seguenti categorie diagnostiche (le prime tre riguardano soprattutto, ma non esclusivamente, i disturbi della nutrizione dell'infanzia):

- 1 Pica
- 2 Disturbo di ruminazione
- 3 Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
- 4 Anoressia nervosa
- 5 Bulimia nervosa
- 6 Disturbo da alimentazione incontrollata
- 7 Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati
- 8 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

1 Pica

La caratteristica essenziale del pica è l'ingerire uno o più sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno un mese. Le sostanze tipicamente ingerite variano in base

all'età e alla disponibilità e possono includere carta, sapone, stoffa, capelli, lacci, lana, terriccio, gesso, borotalco, rossetto, gomme, metalli, sassolini, carbone, cenere, argilla, amido, ghiaccio. Il termine “non nutritive” è stato incluso perché la diagnosi di pica non va applicata quando sono ingeriti prodotti alimentari che hanno un contenuto nutrizionale minimo. Tipicamente non c'è avversione nei confronti del cibo in generale. Inoltre, l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari deve anche essere inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo e non deve fare parte di una pratica culturalmente sancita. Se il comportamento alimentare si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o condizione medica, si pone diagnosi di pica solo se l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari è sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-5 del pica sono i seguenti:

- A** Persistente ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno 1 mese.
- B** L'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari è inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo.
- C** Il comportamento alimentare non fa parte di una pratica culturalmente sancita.
- D** Se il comportamento alimentare si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro autistico, schizofrenia) o condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

In remissione: dopo che i criteri pieni per il pica sono stati precedentemente soddisfatti, i criteri non sono stati soddisfatti per un periodo prolungato di tempo.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.52; ICD-10: F98.3 per bambini; F50.8 per adulti

Disturbo di ruminazione

Rispetto al DSM-IV, i cambiamenti nei criteri diagnostici del disturbo di ruminazione sono stati minimi, se si eccettua il fatto che nel DSM-5, questo disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia, ma nell'ampia categoria diagnostica “disturbi della nutrizione e dell'alimentazione”. Il disturbo di ruminazione richiede il rigurgito di cibo, che può essere rimasticato, deglutito nuovamente o sputato si verifichi, per almeno 1 mese, che non sia attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica, che non si manifesti durante il decorso di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale essi devono essere sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo di ruminazione sono i seguenti:

- A** Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, deglutito nuovamente o sputato.
- B** Il ripetuto rigurgito non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi pilorica).
- C** Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata o disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo.
- D** Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) essi sono sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

In remissione: dopo che i criteri pieni per il disturbo di ruminazione sono stati precedentemente soddisfatti, i criteri non sono stati soddisfatti per un periodo prolungato di tempo.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.53; ICD-10: F98.21

Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo

Il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo sostituisce ed estende la diagnosi DSM-IV di disturbo della nutrizione dell'infanzia. La maggiore categoria diagnostica di questo disturbo, che può essere riscontrato anche negli adulti, è l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo per tre motivi principali: 1) apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; 2) evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; 3) preoccupazioni per le conseguenze aversive del mangiare. L'evitamento o la restrizione producono un persistente fallimento nel soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate determinando una o più delle seguenti 4 conseguenze: 1) perdita di peso significativa (o fallimento di raggiungere l'aumento di peso atteso o inadeguata crescita nei bambini); 2) deficit nutrizionale significativo; 3) funzionamento dipendente dalla nutrizione enterale o dai supplementi orali; 4) marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. Non è presente la preoccupazione per il peso e la forma del corpo né deve manifestarsi durante il decorso dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Infine, il disturbo non è dovuto a una mancanza di disponibilità di cibo o a un'altra malattia medica o mentale.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo sono i seguenti:

- A** Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare) come manifestato dal persistente fallimento di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate con uno (o più) dei seguenti:
- 1 Perdita di peso significativa (o fallimento di raggiungere l'aumento di peso atteso o inadeguata crescita nei bambini).
 - 2 Deficit nutrizionale significativo.
 - 3 Funzionamento dipendente dalla nutrizione enterale o dai supplementi orali.
 - 4 Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B** Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica culturalmente sancita.
- C** Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa e di bulimia nervosa e non c'è evidenza di un disturbo nel modo in cui il proprio peso e la forma del corpo sono sperimentati.
- D** Il disturbo non è attribuibile a una malattia medica concomitante o non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo la gravità del disturbo eccede quella abitualmente associata con la condizione o il disturbo ed è sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

In remissione: Dopo che i criteri pieni per il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo sono stati precedentemente soddisfatti, i criteri non sono stati soddisfatti per un periodo prolungato di tempo.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.59; ICD-10: F50.8



Anoressia nervosa

Il DSM-5 ha introdotto due cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Il primo è l'abolizione del criterio amenorrea previsto dal DSM-IV perché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa, premenarcali e in quelle che assumono estrogeni e per il fatto che alcune persone esibiscono tutti gli altri criteri dell'anoressia nervosa ma continuano a mestrare. Il secondo riguarda il cambiamento del criterio A, che nel DSM-IV richiedeva un peso inferiore all'85% rispetto a quanto previsto (in pratica un IMC < 17,5) oppure l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, mentre nel DSM-5 è richiesto un peso significativamente basso inferiore

al minimo normale (cioè IMC <18,5) o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso (cioè < 5° percentile). Inoltre è stata eliminata la frase "rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura" perché richiedeva l'intenzione da parte del paziente e poteva essere difficile da valutare oggettivamente. Nel criterio C è stata aggiunta la frase "comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso". Infine, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base dell'IMC.

I criteri diagnostici DSM-5 dell'anoressia nervosa sono i seguenti:

- A** Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce ad 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.

Tipo restrittivo: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti abbuffate o condotte purgative (cioè, vomito autoindotto o uso improprio 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 abbuffate o condotte purgative (cioè, vomito autoindotto o uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni sono stati precedentemente soddisfatti, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura d'ingrassare o comportamento che interferisce con l'aumento di peso) o il Criterio C (disturbi nell'auto-percezione del peso e della forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- 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 $< 15 \text{ kg/m}^2$

Codici diagnostici: ICD-9: 307.1; ICD-10: F50.01 tipo restrittivo; F50.02 Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione.

**Bulimia nervosa**

Il DSM-5 ha mantenuto gli stessi criteri diagnostici del DSM-IV con l'eccezione del criterio C (frequenza e durata delle abbuffate). Adesso è richiesto che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verifichino entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi bulimia nervosa, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due volte la settimana per tre mesi. Inoltre, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di condotte compensatorie per settimana. Infine, sono stati eliminati i due sottotipi (con e senza condotte di eliminazione) previsti dal DSM-IV.

I criteri diagnostici DSM-5 della bulimia nervosa sono i seguenti:

- A** Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
- 1 Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due 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 (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B** Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, uso improprio 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 alla settimana per 3 mesi.
- D** I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E** Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni per la bulimia nervosa sono stati precedentemente soddisfatti, non tutti i criteri non sono stati soddisfatti per un periodo prolungato di tempo.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni per la bulimia nervosa sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- 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.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.51; ICD-10: F50.2

**Disturbo da alimentazione incontrollata**

Il disturbo da alimentazione incontrollata è stato incluso nel DSM-5 come categoria distinta di disturbo dell'alimentazione, mentre nel DSM-IV era descritto nell'Appendice B nelle categorie che necessitavano ulteriori studi e era diagnosticabile solamente usando l'ampia categoria diagnostica "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato".

Nel DSM-5 il disturbo da alimentazione incontrollata ha mantenuto i criteri diagnostici simili a quelli del DSM-IV con l'eccezione del criterio D (frequenza e durata abbuffate). Nel DSM-5, infatti, abbuffate si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due giorni la settimana per 6 mesi. Inoltre, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.

I criteri diagnostici DSM-5 del disturbo da alimentazione incontrollata sono i seguenti:

- A** Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
- 1 Mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio, un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 - 2 Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare 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 alla 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.

In remissione parziale: dopo che i criteri pieni per il disturbo da alimentazione incontrollata sono stati precedentemente soddisfatti, le abbuffate si verificano con una frequenza media inferiore a un episodio la settimana per un periodo prolungato di tempo.

In remissione piena: dopo che i criteri pieni per il disturbo da alimentazione incontrollata, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un periodo prolungato di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: 1-3 abbuffate per settimana.
- Moderato: 4-7 abbuffate per settimana.
- Grave: 8-13 abbuffate per settimana.
- Estremo: 14 o più abbuffate per settimana

Codici diagnostici: ICD-9: 307.51; ICD-10: F50.2

7 Altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo è fatto registrando "altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati" seguito dalla ragione specifica (per es., "bulimia nervosa di bassa frequenza"):

- 1 Anoressia nervosa atipica: sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, eccetto che nonostante la perdita di peso significativa, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra dell'intervallo normale.

- 2 Bulimia nervosa (di bassa frequenza e/o durata limitata): sono soddisfatti tutti criteri per la bulimia nervosa, eccetto che le abbuffate e i comportamenti compensatori inappropriati, si verificano, in media, meno di una volta la settimana e/o per meno di 3 mesi.
- 3 Disturbo da alimentazione incontrollata (di bassa frequenza e/o durata limitata): sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da alimentazione incontrollata, eccetto che le abbuffate si verificano, in media, meno di una volta la settimana e/o per meno di 3 mesi.
- 4 Disturbo purgativo: comportamenti ricorrenti purgativi per influenzare il peso o la forma del corpo (per es., vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o enterclismi, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- 5 Sindrome da alimentazione notturna: ricorrenti episodi di alimentazione notturna, come manifestato dal mangiare dopo essersi svegliati dal sonno o da eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. C'è la consapevolezza e il ricordo di quello che si è mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come cambiamenti del ciclo individuale sonno-veglia o da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa disagio significativo e/o danneggiamento del funzionamento. La modalità disturbata dell'alimentazione non è meglio spiegata dal disturbo da alimentazione incontrollata o da altro disturbo mentale, incluso l'abuso di sostanze, e non è attribuibile a un altro disturbo medico o all'effetto di un farmaco.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.59; ICD-10: F50.8

8 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione causano un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).

Codici diagnostici: ICD-9: 307.50; ICD-10: F50.9

articolo scientifico trattamento



I giovani e i pasti fuori casa. Cambio di abitudini e associazione tra i nuovi modelli di assunzione dei pasti ed incremento di peso

A cura di: Lucia Camporese, Diana Soligo - AIDAP Padova

Uno dei principali cambiamenti nello stile di vita che ha avuto luogo durante gli ultimi decenni nel mondo è il crescente consumo di alimenti e di bevande consumati fuori casa. Come conseguenza di questo cambiamento vi è stato simultaneamente un aumento del tasso di obesità. Cibi preparati fuori casa hanno assunto un posto predominante nella dieta in tutto il mondo. Mangiare fuori casa è stato soprattutto associato all'aumento dell'assunzione calorica così come a un aumentato rischio per la resistenza insulinica e l'obesità. La maggior parte delle ricerche in questa direzione è stata condotta da studi americani e canadesi (dove il tasso di obesità è attualmente rispettivamente 34,4% e 24,1%) ma anche in Europa c'è molto interesse per questo argomento. La ricerca riporta che tra i diversi alimenti c'è una variazione enorme di calorie per porzione all'interno delle categorie alimentari. Il fattore che incide maggiormente sulle calorie per porzione nei cibi serviti al ristorante è la grandezza della porzione stessa piuttosto che la densità calorica come invece solitamente si suppone.

Infatti, uno studio condotto da Scourboutakos e colleghi e pubblicato sulla prestigiosa rivista *American Journal of Preventive Medicine*, dimostra che l'approccio maggiormente realizzabile per ridurre le calorie nei ristoranti potrebbe essere quello di ridurre le porzioni servite e non la densità calorica. In aggiunta a questo, lo studio suggerisce che inserire nel menu delle etichette con le informazioni caloriche può essere utilizzato per evidenziare che alcuni piatti hanno più o meno calorie di altri.

Vi sono inoltre diversi studi condotti da Lachat che correlano le caratteristiche nutrizionali dei cibi consumati fuori casa con l'apporto calorico, qualità della dieta e status socioeconomico.

Gli studi indicano che normalmente i cibi consumati nei pasti fuori casa costituiscono un'importante fonte di energia in tutte le fasce d'età e il loro contributo energetico aumenta negli adolescenti e giovani adulti. Mangiare fuori casa è stato associato ad una maggiore assunzione totale di energia

proveniente dai grassi nella dieta quotidiana e ad uno status socio-economico più elevato. In generale gli studi concludono che l'assunzione di pasti fuori casa sia un potenziale fattore di rischio per la maggiore assunzione di grasso e basso apporto di micronutrienti.

Nel *Journal Youth Adolescence*, Luszczynska ha condotto uno studio interessante, indagando le relazioni esistenti negli adolescenti e preadolescenti tra le percezioni dell'ambiente di alimenti consumati a domicilio e fuori casa. L'abilità di autoregolarsi al di fuori dell'ambiente familiare si è dimostrata essere pessima. C'è una diretta correlazione tra il controllo parentale e la regolazione dei pasti. Maggiore è l'accessibilità al cibo, minore è la possibilità di autoregolamentarsi. Lo studio fa anche un'analisi della diretta correlazione esistente tra i coetanei e l'influenza sociale nel consumo di snack e bevande zuccherate che tende ad aumentare con l'età.

Sappiamo che l'adolescenza è un periodo in cui vi è un rapido cambiamento della composizione corporea e conosciamo alcuni comportamenti correlati all'obesità, quali l'assunzione di snack e bevande zuccherate. Quest'ultimi si presume infatti che risultino dall'interazione tra fattori ambientali e la capacità degli adolescenti di autoregolamentare i loro comportamenti alimentari. È presente un'empirica evidenza che sostiene proprio che questa autoregolamentazione viene a mancare nell'adolescente.

METODI DELLA RICERCA

La ricerca da noi condotta ha preso in esame un gruppo di 61 ragazzi (19 maschi e 42 femmine) di età compresa tra i 16 e 17 anni reclutati a random in un liceo. Agli studenti è stato somministrato un questionario a scelta multipla per indagare le loro abitudini nel consumo dei pasti fuori casa. Nonostante il campione sia piccolo e circoscritto, riflette la tendenza dei giovani, riscontrata negli studi recenti, a consumare più pasti fuori casa in confronto alle precedenti generazioni.

RISULTATI

Lo studio evidenzia una percentuale considerevole di ragazzi (58% degli intervistati) che pranza fuori casa, o acquista cibo per asporto, almeno una volta al mese, mediamente da 1 a 4 volte al mese (53,5% del totale). Solo una piccola percentuale afferma di pranzare regolarmente fuori casa più volte a settimana (4,5%).

Il locale maggiormente frequentato risulta essere il bar (40,6%) seguito da pizzeria/ristorante (16,5%), fast food (13,8%) e mensa (13,8%). La scelta del tipo di cibo ricade per la maggior parte su panino o piadina (29,9%) seguito da pizza (14,6%), toast (14%) e tramezzino (12,9%).

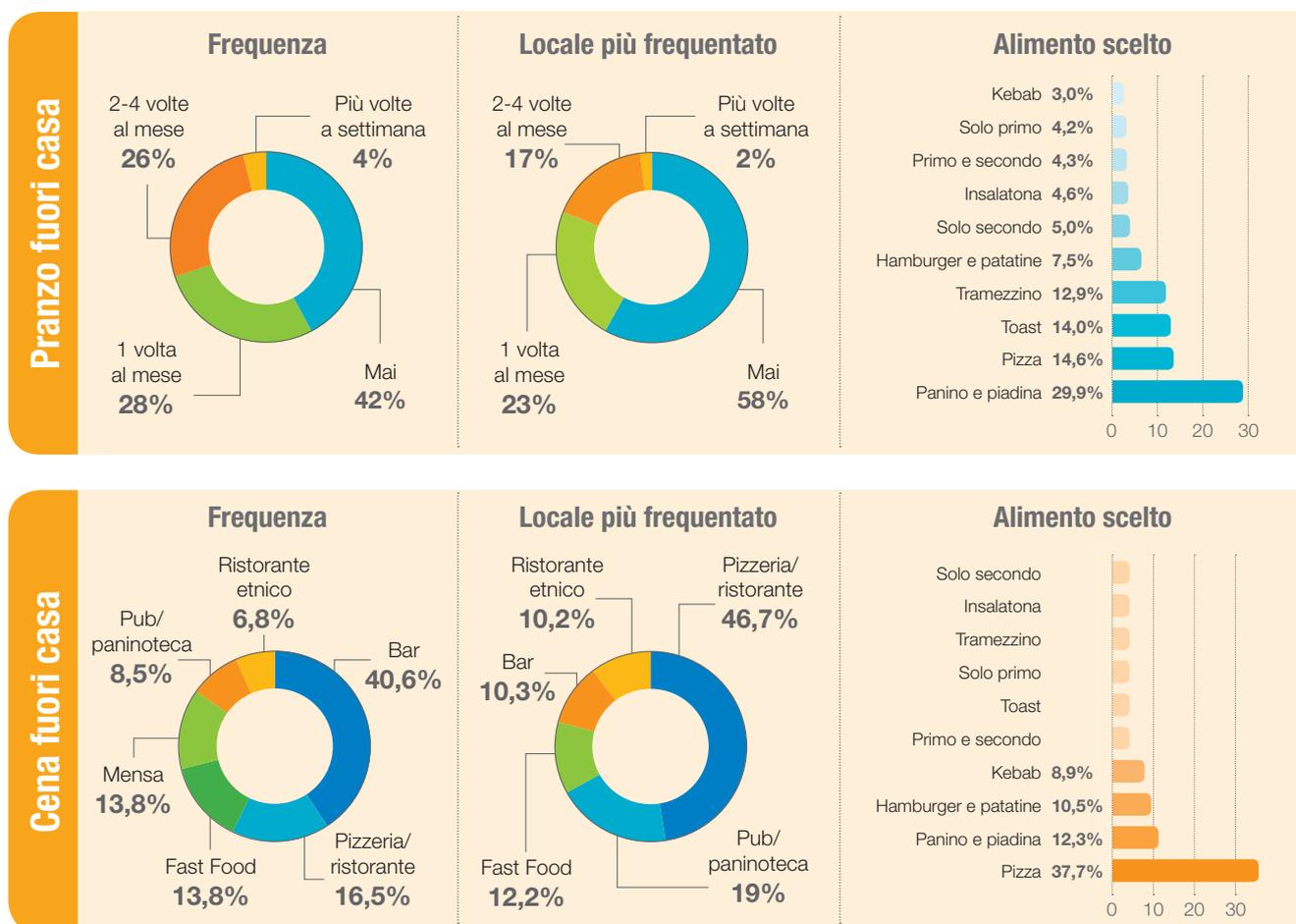
Hamburger e patatine a pranzo non sono frequentemente mangiati (7,5%), mentre il 18% sceglie un "piatto classico" come un primo (4,2%), un secondo (5%), un primo ed un secondo (4,3%) o un'insalatona (4,6%).

Per quanto riguarda la cena, il 42% degli intervistati cena fuori casa o mangia cibo acquistato per asporto almeno una volta al mese. Solo il 2,5% cena regolarmente fuori casa più volte a settimana. I locali maggiormente frequentati sono pizzeria/ristorante (46,7%) seguiti da pub/paninoteche (19%) e fast food (12,2%). Il tipo di alimento maggiormente scelto risulta essere la pizza (36,7%) seguito da panino/piadina (12,3%), hamburger e patatine (10,5%) e Kebab (8,9%).

CONCLUSIONI

I dati del nostro studio pilota indicano che un ampio numero di adolescenti consuma i pasti fuori casa.

Il campione da noi studiato riporta di prediligere pizza, panini, piadine, toast e tramezzini, rispetto alla scelta più legata alla tradizione culinaria italiana di un primo o secondo piatto scegliendo, soprattutto a pranzo, il bar come luogo di consumo, dove probabilmente questi prodotti hanno un successo maggiore anche a causa del prezzo più contenuto rispetto ad un pranzo tradizionale. L'aspetto economico, infatti, non è da sottovalutare in una popolazione giovanile che ha meno disponibilità economica e predilige l'aspetto della socialità che il mangiare in gruppo comporta, rispetto alla qualità del cibo. C'è da sottolineare l'importanza dei pasti fuori per i ragazzi che studiano in scuole lontane dal proprio domicilio e che quindi sono costretti a mangiare fuori casa e l'importanza che rivestono le mense e i locali che dovrebbero offrire cibo a bassa densità calorica nei dintorni delle scuole. Anche i distributori automatici di bibite zuccherate, panini e snack posizionati all'interno delle scuole, dei locali e di molti luoghi pubblici affollati da giovani, da tempo crea discussioni e lascia perplessi gli educatori dell'ambito della salute. Se è vero che maggiore è la disponibilità, minore è l'autocontrollo nei confronti del cibo, i luoghi dedicati ai giovani, par-



tendo dalle scuole, dovrebbero offrire un ambiente protetto mettendo a disposizione scelte salutari, e non contribuire al consumo di snack o “cibo spazzatura”.

Infine, ci si auspica che la legge, in vigore in alcune Nazioni, che richiede a catene di ristoranti informazioni sulle calorie contenute nei piatti del menu, sia in grado di stabilire se l'energia riportata nelle etichette aiuti i giovani a scegliere con maggiore consapevolezza tra le diverse opzioni alimentari presenti.

BIBLIOGRAFIA

- Bauer KW, Hearst MO, Earnest AA, French SA, Oakes JM, Harnack LJ. Energy content of U.S. fast-food restaurant offerings: 14-year trends. *Am J Prev Med.* 2012 Nov;43(5):490-7.
- Bezerra IN, Curioni C, Sichieri R. Association between eating out of home and body weight. *Nutr Rev.* 2012 Feb;70(2):65-79.
- Block JP, Condon SK, Kleinman K, Mullen J, Linakis S, Rifas-Shiman S, Gillman MW. Consumers' estimation of calorie content at fast food restaurants: cross sectional observational study. *BMJ.* 2013 May 23;346:f2907.
- Lachat C, Khanh le NB, Huynh TT, Verstraeten R, Nago E, Roberfroid D, Kolsteren P. Factors associated with eating out of home in Vietnamese adolescents. *Appetite.* 2011 Dec;57(3):649-55.
- Lachat C, Nago E, Verstraeten R, Roberfroid D, Van Camp J, Kolsteren P. Eating out of home and its association with dietary intake: a systematic review of the evidence. *Obes Rev.* 2012 Apr;13(4):329-46.
- Larson N, Neumark-Sztainer D, Laska MN, Story M. Young adults and eating away from home: associations with dietary intake patterns and weight status differ by choice of restaurant. *J Am Diet Assoc.* 2011 Nov;111(11):1696-703.
- Luszczynska A, de Wit JB, de Vet E, Januszewicz A, Liszewska N, Johnson F, Pratt M, Gaspar T, de Matos MG, Stok FM. At-Home Environment, Out-of-Home Environment, Snacks and Sweetened Beverages Intake in Preadolescence, Early and Mid-Adolescence: The Interplay Between Environment and Self-Regulation. *J Youth Adolesc.* 2013 Jan 26. [Epub ahead of print].
- Scourboutakos MJ, L'Abbé MR. Restaurant menus: calories, caloric density, and serving size. *Am J Prev Med.* 2012 Sep;43(3):249-55.

AIDAP segnala la recente pubblicazione dei Quaderni del Ministero della Salute sui **disturbi dell'alimentazione**



Il Quaderno è stato presentato a **Roma** il **16 luglio 2013**

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

n. 17/22, luglio-agosto 2013

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.

Il Quaderno del Ministero della Salute può essere scaricato al sito:

<http://www.quadernidellasalute.it>

CASA DI CURA PRIVATA AD INDIRIZZO RIABILITATIVO

37016 Garda - Via Monte Baldo 89 - Telefono (045) 6208611 - Fax 7256132
E-mail: info@villagarda.it - sito web: <http://www.villagarda.it>

Direttore sanitario: Dott. Giovanni Citarella
Idoneità Nazionale D.S. Ospedaliero - Spec. in Scienze dell'Alimentazione

UNITÀ DI RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE

Responsabile: Dott. Riccardo Dalle Grave
Spec. in Endocrinologia e Scienze dell'Alimentazione
E-mail: servizio.nutrizionale@villagarda.it

Trattamento dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata) e dell'obesità grave e/o complicata.

L'unità di Riabilitazione Nutrizionale ha 29 posti letto per il ricovero e nove posti con possibilità di due accessi giornalieri per il trattamento in day-hospital, accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il programma si basa su un modello teorico originale di tipo cognitivo comportamentale somministrato da diverse figure professionali (medici, psicologi, dietiste, infermieri professionali). Le procedure terapeutiche applicate includono la riabilitazione nutrizionale (con l'assistenza a tutti i pasti), la psicoterapia individuale e di gruppo, la terapia della famiglia nei pazienti più giovani.

Il programma di riabilitazione intensiva per l'Obesità grave e/o complicata è indicato per le persone affette da obesità grave (BMI \geq 40) o associata a severe complicanze mediche e/o psicologiche.

Il programma si basa su un modello teorico cognitivo comportamentale originale condotto da un'équipe multidisciplinare che include la riabilitazione nutrizionale e fisica, gli incontri psicoeducazionali di gruppo e gli incontri individuali con il medico e lo psicologo (nei pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata).

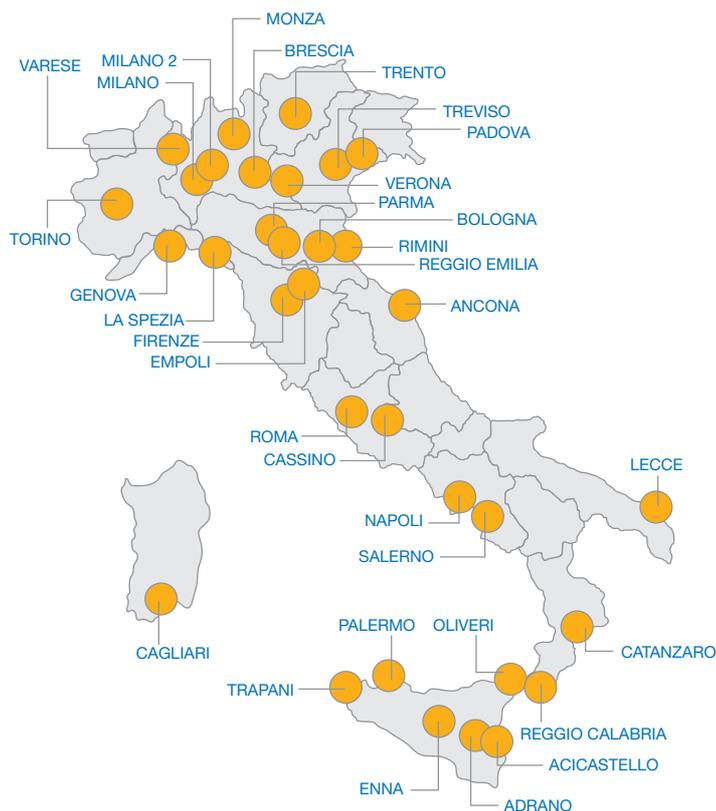
ALTRI SERVIZI

UNITÀ DI RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE

Responsabile: Dott. Pierluigi Baroni
Spec. in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
Riabilitazione post-operatoria per interventi di rivascolarizzazione e sostituzione valvolare
Trattamento riabilitativo dell'infarto

POLIAMBULATORI

- > **Servizio nutrizionistico - Responsabile:** Dott. Riccardo Dalle Grave - Spec. in Endocrinologia e Scienze dell'Alimentazione
- > **Diagnostica Cardiologica - Responsabile:** Dott. Pierluigi Baroni - Spec. in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
- > **Diagnostica per Immagini - Responsabile:** Dott.ssa Paola Bazzani - Spec. in Radiologia
- > **Servizio di Fisiokinesiterapia - Responsabile:** Dott. Sergio Biani - Spec. in Ortopedia e Fisiatria



AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso), nata nel 1999, è un'associazione indipendente e autonoma senza fini di lucro ed è riconosciuta come società medico scientifica da FISM (Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane). Ha lo scopo di condividere un certo tipo di conoscenza e cultura nella prevenzione, educazione, trattamento e ricerca dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità. Si propone di promuovere e organizzare convegni, tavole rotonde, conferenze, gruppi di studio e altre attività di informazione e formazione nel campo medico, psicologico, scolastico e sociale.

AIDAP è stata accreditata come partner del Ministero della Pubblica Istruzione per la promozione del piano nazionale per la prevenzione del disagio fisico, psichico e sociale a scuola. Come tale AIDAP ha un ruolo rilevante nella presentazione ed educazione sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità nelle scuole.

Elenco dei Centri AIDAP

Acicastello (CT)	Genova	Reggio Calabria
Adrano (CT)	La Spezia	Reggio Emilia
Ancona	Lecce	Rimini
Bologna	Milano	Roma
Brescia	Milano 2	Salerno
Cagliari	Monza	Torino
Cassino (FR)	Napoli	Trapani
Catanzaro	Oliveri (ME)	Trento
Empoli (FI)	Padova	Treviso
Enna	Parma	Varese
Firenze	Palermo	Verona

ATTIVITÀ DELL'AIDAP

Indirizzi e referenti delle varie UOL (Unità Operative Locali) AIDAP e attività svolte

RIVISTA EMOZIONI E CIBO

È la newsletter dell'Associazione, un punto d'incontro tra specialisti e coloro che vogliono condividere i loro problemi, le loro lotte e i loro successi nel campo dei disturbi dell'alimentazione e obesità.

PREVENZIONE

Vengono organizzati incontri educativi nelle scuole e altre istituzioni e corsi di formazione per insegnanti, educatori e altri operatori socio-sanitari non specialistici.

SPORTELLINO INFORMATIVO

- Per dare sostegno e consigli ai familiari
- Per dare informazioni sulle cure e i centri terapeutici più vicini

GRUPPI DI STUDIO

- Fare ricerca e sperimentazione per contribuire ad aumentare la conoscenza dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità
- Per aggiornarsi sulle nuove evidenze scientifiche internazionali

SITO <http://www.aidap.org>

Dove potete trovare:

- **Forum.** Il luogo d'incontro per chi soffre di disturbi dell'alimentazione o vuole conoscere tali problemi.

- **Novità scientifiche e Angelo Informativo.** Tutte le notizie su disturbi dell'alimentazione e obesità.
- **Convegno Nazionale e Incontri.** Convegni, workshop e tavole rotonde.
- **AIDAP test-online.**
 - 1) Eating Attitude test a 26 Item (EAT-26)
 - 2) Calcola il tuo Indice di Massa Corporea (BMI)
 - 3) Calcola la Spesa Energetica a Riposo o Resting Energy Expenditure (REE)
- **Centri AIDAP.** Per trovare la sede AIDAP più vicina.

SITO <http://www.emozioniecibo.it>

È la prima rivista elettronica in Italia sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità.

Emozioni e Cibo online presenta tre diversi livelli di informazione in grado di soddisfare sia il grande pubblico sia lo specialista più esigente.

- **Modulo "Emozioni e Cibo"** - versione online della rivista.
- **Modulo "Journal Observer"** - riporta un riassunto con commento di articoli pubblicati sulle più importanti riviste internazionali.
- **Modulo "News RSS"** - gli abstract in lingua originale, presenti nelle più prestigiose riviste scientifiche internazionali.

Calabria

AIDAP Catanzaro



Responsabile: Dott. Tommaso Gioffrè

Sede: Via Panoramica, 7
88068 Soverato (CZ)
Telefax 0967 528522
Cell. 335 5325535 - 347 0056700
E-mail: tommaso.gioffre@yahoo.it

Collabora nello studio il Dott. Massimiliano Scalzo (nutrizionista)

AIDAP Reggio Calabria



Responsabile: Dott. Giovanni Minutolo

Sede: Via R. Willermin, 1
89123 Reggio Calabria (RC)
Tel. 0965 25864 - Cell. 347 0056700
Telefax 0966 474400
E-mail: aidap.rc@virgilio.it

Orario di segreteria:

da lunedì a sabato 9:00-13:00 e 17:00-19:30

Attività svolte:

- Sono in programma progetti educativi e incontri di sensibilizzazione/informazione, gratuiti, nelle scuole del territorio rivolti a studenti, genitori e insegnanti.
- L'équipe è disponibile a collaborare con TV, radio e giornali locali per la divulgazione informativa e scientifica sui disturbi dell'alimentazione e obesità.
- Sono stati già effettuati e sono in programma incontri informativi e partecipazioni a convegni organizzati da Associazioni ed Enti del territorio.
- È attivo uno sportello d'ascolto gratuito dal lunedì al sabato.
- Si effettua, durante tutto l'anno, la Terapia Ambulatoriale Intensiva, ovvero: pasti assistiti in ambulatorio (pranzo, merenda e cena), seguita da un'équipe composta da un medico nutrizionista, una psicologa e una dietista.

Campania

AIDAP Napoli



Responsabile: Dott.ssa Rosa Mennella

Sede: Via Salvo D'Acquisto, 171
80042 Boscotrecase (NA)
Tel. e Fax 0815374177
Cell. 338 5940931
E-mail: rosamennella@gmail.com

Attività svolte:

- Il Mercoledì pomeriggio è attivo un servizio gratuito di ascolto e informazione sui disturbi dell'alimentazione e del peso (previo appuntamento).
- Sono attivi incontri di sensibilizzazione e di informazione sui disturbi dell'alimentazione nelle scuole del territorio.
- L'équipe è disponibile a svolgere interventi informativi nelle scuole per studenti, genitori, insegnanti sui temi legati all'obesità e ai disturbi dell'alimentazione.

AIDAP Salerno



Responsabile: Dott.ssa Fimiani Giorgia

Sede: Corso Umberto I, 203
84013 Cava de' Tirreni (SA)
Tel. e Fax 089 9951640
Cell 335 1091918
E-mail: giorgiafimiani@libero.it

Orario di segreteria:

da lunedì a venerdì 9:00-12:30 e 15:30-19:30

Collabora nello studio la Dott.ssa Rosaria Grassi (psicologa e psicoterapeuta)

Attività svolte:

- Il mercoledì mattina dalle 9 alle 11:30 è attivo uno sportello di ascolto e di informazione gratuito sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità (previo appuntamento).
- È attiva una collaborazione con quotidiani e periodici locali per la pubblicazione di articoli sui disturbi dell'alimentazione, sull'obesità e su tematiche riguardanti l'alimentazione e lo stile di vita.
- Sono in progetto incontri educativi rivolti al grande pubblico per la diffusione di informazioni relative ai disturbi dell'alimentazione, all'obesità e ad un corretto stile di vita.
- Sono in previsione incontri informativi per medici di base e pediatri sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità.
- L'équipe è disponibile a svolgere interventi informativi nelle scuole, rivolti a studenti, insegnanti e genitori, sui temi legati ai disturbi dell'alimentazione e all'obesità.

Emilia Romagna

AIDAP Bologna



Responsabili: Dott. Amelio Marchi (*in alto*)
e Dott.ssa Manuela Marchini (*in basso*)

Sede: Via Azzurra, 1 - 40137 Bologna (BO)
Cell. 3293790844
E-mail: aidapbologna@alice.it

Attività svolte:

- È attivo un servizio gratuito di ascolto, informazione e diffusione di materiale scientifico sui disturbi dell'alimentazione e del peso e sui percorsi di prevenzione e di cura.
- È possibile effettuare i colloqui informativi previo appuntamento.



AIDAP Parma



Responsabili: Dott.ssa Lorella Fornaro (*in alto*)
e Dott.ssa Carlotta Bocchi (*in basso*)

Sede: Strada Inzani, 5 - 43100 Parma (PR)
Tel. e Fax 0521 237644
E-mail: aidap.parma@libero.it

Orario di segreteria:

lunedì-venerdì 9:00-13:00 e 15:00-19:00
mercoledì 9:00-12:00 (sportello di ascolto su appuntamento)

Collabora nello studio la Dott.ssa Lisa Reverberi



Attività svolte:

- Si continuano a svolgere incontri educativi sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità rivolti al grande pubblico.
- È sempre attiva la collaborazione con alcuni giornalisti per interviste e articoli pubblicati sui quotidiani della città.
- È iniziata una collaborazione con un'associazione onlus di donatori di sangue e con una società sportiva di calcio per diffondere informazioni e materiale scientifico sull'alimentazione e su un corretto stile di vita.
- È attivo lo sportello di ascolto e informazione il mercoledì dalle 9 alle 12 (su appuntamento).

AIDAP Reggio Emilia**Responsabile:** Dott.ssa Lisa Reverberi

Sede: Via A. De Gasperi, 44
42100 Reggio Emilia
Tel. 0522 555514 - Fax 0522 334906
E-mail: info@dietistareverberi.it,
aidap.re@dietistareverberi.it

Orario di segreteria: lunedì e sabato 9:00-12:00
martedì-mercoledì-venerdì 13:30-18:30

Collabora nello studio la Dott.ssa Lorella Fornaro

Attività svolte:

- Il lunedì mattina dalle 9:30 alle 12:30 è attivo uno sportello di ascolto e di informazione gratuito sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità (previo appuntamento).
- Sono in progetto incontri educativi rivolti al grande pubblico per diffondere informazioni relative ai disturbi dell'alimentazione, all'obesità e a un corretto stile di vita.

AIDAP Rimini

Responsabili: Dott.ssa Manuela Marchini (*in alto*)
e Dott. Amelio Marchi (*in basso*)

Sede: Via G. Perlasca, 15 - 47900 Rimini
Tel. 0541 478485 - Cell. 329 3790844
E-mail: aidaprimini@alice.it

Seguici su Facebook

**Attività svolte:**

- È attivo un servizio gratuito di ascolto, informazione e diffusione di materiale scientifico sui disturbi dell'alimentazione e del peso e sui percorsi di prevenzione e di cura. Il lunedì mattina è possibile effettuare, previo appuntamento, i colloqui informativi.
- Sono attivi incontri informativi con i medici e i pediatri, allo scopo di fornire una consulenza specialistica in relazione al riconoscimento precoce dei disturbi dell'alimentazione e ai percorsi di cura.
- Sono in fase di realizzazione una serie di incontri informativi rivolti agli insegnanti sul tema dei disturbi dell'alimentazione e un ciclo di incontri aperti al grande pubblico sul corretto stile di vita.
- Sono in programma interventi di prevenzione e divulgazione nelle scuole medie inferiori e superiori del territorio.

Lazio**AIDAP Cassino****Responsabile:** Dott. Franco Giuseppe Colella

Sede: Corso della Repubblica 232
03043 Cassino (FR) - Cell. 339 7380152
E-mail: colella.franco@gmail.com

Attività svolte:

- Terapia cognitivo-comportamentale ambulatoriale, dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità.
- Corsi di formazione sulla terapia dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità rivolti agli operatori (medici, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti, infermieri professionali, fisioterapisti) che vogliono approfondire le conoscenze sulla CBT-E.
- Incontri informativi rivolti agli insegnanti, agli studenti ed al grande pubblico sul tema dei disturbi dell'alimentazione e del peso.
- Incontri informativi e progetti educativi nei seguenti settori: palestre e scuole di ballo, al fine di approfondire in particolare l'argomento dei fattori di rischio che possono favorire l'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione e soprattutto del rapporto tra attività fisica e qualità della vita (promozione degli stili di vita riconosciuti come salutari).
- Servizio gratuito di ascolto ed informazione sui disturbi dell'alimentazione, sui problemi di sovrappeso ed obesità (previo appuntamento).
- Campagna di divulgazione informativa tramite gli organi di stampa locali.

AIDAP Roma**Responsabile:** Dott.ssa Maria Grazia Rubeo

Sede: Via Leviso, 9
00198 Roma (RM)
Tel. e Fax 06 8840242
Cell. 338 9098603
E-mail: aidap.roma@libero.it

Orario di segreteria: tutti i giorni 24 ore su 24

Collabora nello studio la Dott.ssa Lidia Nevaloro

Attività svolte:

- È attivo uno sportello d'ascolto per quanti fossero interessati all'informazione e alla prevenzione sui disturbi dell'alimentazione e obesità (previo appuntamento).
- La UOL di Roma svolgerà un programma di prevenzione e informazione nelle scuole medie e superiori a partire da Ottobre.
- Sono in programmazione incontri serali informativi per il grande pubblico. È richiesta la prenotazione.

Liguria**AIDAP Genova****Responsabile:** Dott. Giancarlo Sarno

Sede: Via Ruffini, 10/8
16128 Genova
Tel. 010 5955374
Cell. 335 6942193
E-mail: giancarlosarno@virgilio.it

Attività svolte:

- Sono stati effettuati e sono in programma incontri informativi con medici di base e pediatri allo scopo di fornire criteri idonei sia a una prima diagnosi dei disturbi dell'alimentazione sia al riconoscimento di eventuali altri disturbi sovrapposti (di personalità, depressivi, d'ansia).
- Proseguono gli interventi informativi nelle scuole per studenti, genitori ed insegnanti.

AIDAP La Spezia**Responsabile:** Dott. Adolfo Fossataro

Sede: Via XXIV Maggio, 152
19124 La Spezia
Tel. e Fax 0187 23414
E-mail: aidapspezia@alice.it
Sito web: www.fossataroadolfonutrizione.com

Orario di segreteria: da lunedì a venerdì 15:00-18:00

Collaborano nello studio la Dott.ssa Stefania Rosi (dietista) e la Dott.ssa Monica Gomez Ortiz (psicologa e psicoterapeuta)

Attività svolte:

- Si stanno programmando interventi informativi nelle scuole rivolti a studenti, genitori e insegnanti sui temi legati all'obesità e ai disturbi dell'alimentazione. Le scuole interessate sono pregate di contattare la segreteria.
- Tutti i giorni (sabato escluso) dalle 15 alle 18 presso il Centro è attivo uno sportello informativo gratuito che fornisce informazioni sui disturbi dell'alimentazione, sovrappeso e obesità.

Lombardia

AIDAP Brescia



Responsabile: Dott. Andrea Benedetto

Sede: Via Milano, 14 - 25126 Brescia
Tel. 030-292179 - E-mail: aidap.bs@libero.it

Orario di segreteria:

lunedì e giovedì ore 8:30-11:00
martedì e venerdì ore 14:00-18:00

Collabora nello studio: dott.ssa Ornella Pastrengo (psicologa)

Attività svolte:

- Il martedì e giovedì è attivo, previo appuntamento, uno sportello gratuito d'ascolto e d'informazione sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità.
- Sono in programma incontri di informazione, gratuiti, nelle scuole del territorio.
- L'equipe è disponibile a svolgere lezioni nelle scuole e serate informative sui temi legati all'obesità e ai disturbi dell'alimentazione.
- Sono in corso incontri informativi per i medici di base sui temi del peso e dello stile di vita.
- Collaborazione con radio e giornali locali.
- Anche per l'anno scolastico 2012-2013 l'AIDAP collaborerà con l'Assessorato allo Sport e al Tempo libero della Provincia di Brescia, per la realizzazione del Progetto S.P.O.R.T. (Salute Passione Onestà Rispetto Territorio), nelle scuole della Provincia di Brescia.

AIDAP Milano



Responsabile: Dott.ssa Arianna Banderali

Sede: Viale Caldara, 23
20122 Milano
Tel. e Fax 02-5456738
Cell. 339-1785974
E-mail: aribande@alice.it

Attività svolte:

- È attivo un programma di prevenzione tramite campagne svolte nelle scuole medie inferiori e superiori del territorio.

AIDAP Milano 2



Responsabile: Dott. Sergio Colombi

Sede: Corso Garibaldi, 71 - 20123 Milano
Tel. 02 86460962
Cell. 339 8898555
E-mail: sergio_colombi@fastwebnet.it

Sportello di ascolto: martedì-mercoledì 16:00-17:00
Cell. 339-8898555 - Tel. 02-86460962

Collabora nello studio la Dott.ssa Francesca Colombi (psicologa)

Attività svolte:

- Sono previsti periodici corsi di psicoeducazione, è richiesta la prenotazione.

AIDAP Monza



Responsabile: Dott.ssa Maria Grazia Galimberti

Sede: Via Moriggia, 3
20900 Monza
Tel. 339 7777811
E-mail: aidap.monza@libero.it

Collaborano nello studio la Dott.ssa Chiara Galli (medico endocrinologo), la Dott.ssa Cristina Calderone (psicoterapeuta), la Dott.ssa Vanessa Sangiorgio (nutrionista) e la Dott.ssa Manuela Caslini (psichiatra)

Attività svolte:

- È attivo, previo appuntamento, uno sportello d'ascolto e di orientamento sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità.
- Si sta promuovendo in tutte le scuole di Monza dall'infanzia alla secondaria, un progetto rivolto ai genitori e dirigenti scolastici per l'anno scolastico 2012-2013 "Incontri di educazione per la gestione del sovrappeso e dell'obesità"
- Sono in previsione incontri informativi per i medici di base sui DCA e sull'obesità.
- Sono in previsione gruppi di auto-aiuto sull'obesità.

AIDAP Varese



Responsabile: Dott.ssa Annarita Traini

Sede: Viale Borri, 75 - 21100 Varese
Tel. 0332 813456 (per appuntamenti)
Fax 0332 813464
Cell. 333 2056555 (per informazioni)
E-mail: aidap.varese@ojas.it

Orario di segreteria: da lunedì a sabato: 9:00-19:00

Collabora nello studio la Dott.ssa Angela Focarelli (dietista)

Attività svolte:

- È attivo uno sportello di ascolto e di orientamento gratuito, sia telefonico che via e-mail, per fornire informazioni sui problemi dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione.
- Al mercoledì mattina, previo appuntamento, sono possibili colloqui informativi all'interno della Sede.
- Sono previsti incontri di prevenzione sui disturbi alimentari e obesità nelle scuole di ogni ordine e grado.
- In programma corsi per gruppi di persone affetti da sovrappeso ed obesità.

Marche

AIDAP Ancona



Responsabile: Dott.ssa Silvia Filippini

Sede: Via Giordano Bruno, 44 - 60100 Ancona
Tel. 071 2804116 - E-mail: aidapancona@tiscali.it

Collaborano nello studio la Dott.ssa Paola Bartolini e la Dott.ssa Lucia Piccinini

Attività svolte:

- Il lunedì dalle 17 alle 19 è attivo uno sportello d'ascolto e di informazione gratuito, su disturbi dell'alimentazione e obesità (previo appuntamento).
- Ogni primo martedì del mese viene organizzato un incontro serale (21-22:30) informativo, rivolto in particolare a familiari e amici di persone affette da DCA.
- Sono in progetto e realizzazione incontri gratuiti aperti al pubblico nei comuni della provincia di Ancona.
- Proseguono interventi di prevenzione-educazione nelle scuole medie inferiori e superiori del territorio.

Piemonte

AIDAP Torino



Responsabili: Dott. Mauro Cappelletti (in alto) e Dott.ssa Sara Cappelletti (in basso)

Sede: Via San Francesco da Paola, 37
10123 Torino
Cell. 338 5077416 (Mauro Cappelletti)
Cell. 338 9892040 (Sara Cappelletti)
E-mail: cappellettimauro@libero.it



Orario di segreteria:
lunedì-mercoledì-giovedì ore 16:00-18:00
martedì e venerdì ore 10:00-12:00

Attività svolte:

- Supervisione al forum AIDAP da parte della dott.ssa Cappelletti Sara.
- Sportello informativo gratuito per fornire informazioni e materiale scientifico sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità (previo appuntamento).
- L'équipe è disponibile a svolgere lezioni nelle scuole, e organizza incontri rivolti alla popolazione sui temi legati all'alimentazione, all'obesità e ai disturbi alimentari.

Puglia

AIDAP Lecce



Responsabili: Dott.ssa Loredana De Luca (in alto), Dott. Salvatore Rizzello (in basso)

Sede: Via Montello, 1
73100 Lecce
Tel. e Fax 0832 244063
Cell. 328 6120205
E-mail: aidap.le@hotmail.it,
aidap_ragazzecontrocorrente@hotmail.it



Orario di segreteria:
tutti i pomeriggi dalle 16:00 alle 20:00
martedì dalle 9:30 alle 12:00
(Si riceve previa telefonata)

Attività svolte:

- Partono da aprile gli incontri di gruppo "Perdere peso... senza perdere la testa".
- Speciale studenti: previo appuntamento è possibile avere un colloquio gratuito con l'esperto Aidap (medico e/o psicologo).
- Il gruppo ragazzecontrocorrente riunisce gli amici facebook il martedì dalle 16:30 alle 18:30.
- È attivo, gratuitamente, lo sportello di ascolto previo appuntamento, che fornisce informazioni su: disturbi dell'alimentazione, sovrappeso e obesità, percorsi di prevenzione e cura, attività dell'Aidap di Lecce sul territorio.
- L'Aidap Lecce, facendo parte dell'Osservatorio Comunale Sanitario Permanente della Città, ascolta di buon grado chi voglia esprimere un parere, esporre una difficoltà, dare un suggerimento al fine di ottimizzare e diffondere le strategie di prevenzione e cura dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità.
- In quanto componente del Tavolo Tecnico "Salute e Benessere" istituito dall'Assessorato alla Sanità del Comune di Lecce, l'Aidap prosegue settimanalmente con gli incontri di prevenzione nelle scuole, per promuovere, tra l'altro, i nuovi dispenser con frutta, yogurt e cibi sani.

Sardegna

AIDAP Cagliari



Responsabile: Dott.ssa Manuela Biddau

Sede: Via Malpighi, 4 - 09126 Cagliari
Cell. 328 3324817 - Fax 070 7731921
E-mail: aidap.cagliari@tiscali.it

Orario di segreteria: venerdì 16-19

Collaborano nello studio la Dott.ssa Valeria Serra e la Dott.ssa Elisabetta Gasperini

Attività svolte:

- Il venerdì, dalle 16:00 alle 19:00, previo appuntamento telefonico, è attivo uno sportello d'ascolto gratuito allo scopo di fornire informazioni sui disturbi dell'alimentazione, sull'obesità, sulle attività del centro, sulle cure e i centri terapeutici più vicini e di illustrare e consegnare materiale informativo scientifico.
- Sono in corso degli interventi informativi di prevenzione presso diverse scuole superiori della città diretti a studenti e insegnanti.
- Sono in programma una serie di incontri informativi per i medici di base sui disturbi dell'alimentazione e del peso.
- Ogni primo venerdì del mese dalle 16:00 alle 19:00 è possibile effettuare uno screening gratuito sui disturbi dell'alimentazione e del peso.
- Sono in corso cicli di incontri educativi sui disturbi dell'alimentazione per familiari ed amici di pazienti affette da DCA.

Sicilia

AIDAP Acicastello (CT)



Responsabile: Dott. Tullio Scrimali

Sede: c/o Centro Clinico Aletea
Via Gramsci, 6 - 95021 Acicastello (CT)
Tel. 0935 25060, 095 492945
Fax 095 7127749 - E-mail: tscrima@tin.it
Sito web: www.centroclinicoaletea.it

Attività svolte:

- Valutazione strumentale integrata, grazie alla attuazione di avanzate metodiche per la Elettroencefalografia Computerizzata, La Psicocardiologia e la Psicofisiologia Clinica (MindLAB Set).
- Laboratori per l'area delle emozioni, della auto-regolazione, della comunicazione e del corpo (Body Skill Training e Body Painting). Laboratori di Pet-therapy con animali e conduttori formati in Scuole specializzate e di arti-terapie quali musica, pittura, disegno, fotografia, cinema (movie therapy). Attivo anche un laboratorio per una corretta alimentazione presso il quale si impara la pianificazione e la preparazione di pasti adeguati, da un punto di vista nutrizionale, quantitativo e qualitativo.
- Trattamenti individuali e di gruppo; attività di riabilitazione.
- Sostegno alle famiglie attraverso interventi sistemici e gruppi di auto-aiuto.
- Valutazione medica, internistica, psichiatrica, psicologica e della disabilità.

AIDAP Adrano (CT)

Responsabile: Dott. Francesco Iarrera (vedi foto AIDAP Oliveri)

Sede: Via Casale dei Greci, 54
95031 Adrano (CT)
Tel. 095 497865 - Cell. 320 9117157
E-mail: info@centrodiriabilitazione nutrizionale.it

AIDAP Enna

Responsabile: Dott. Tullio Scrimali (*vedi foto AIDAP Acicastello*)

Sede: c/o Centro Clinico Aleteia - Via Gramsci, 6
95021 Acicastello (CT) - Tel. 0935 25060, 095 492945
Fax 095 7127749 - E-mail: tscrima@tin.it
Sito web: www.centroclinicoaletea.it

Attività svolte:

- Valutazione strumentale integrata, grazie alla attuazione di avanzate metodiche per la Elettroencefalografia Computerizzata, La Psicocardiologia e la Psicofisiologia Clinica (MindLAB Set).
- Laboratori per l'area delle emozioni, della auto-regolazione, della comunicazione e del corpo (Body Skill Training e Body Painting). Laboratori di Pet-therapy con animali e conduttori formati in Scuole specializzate e di arti-terapie quali musica, pittura, disegno, fotografia, cinema (movie therapy). Attivo anche un laboratorio per una corretta alimentazione presso il quale si impara la pianificazione e la preparazione di pasti adeguati, da un punto di vista nutrizionale, quantitativo e qualitativo.
- Trattamenti individuali e di gruppo; attività di riabilitazione.
- Sostegno alle famiglie attraverso interventi sistemici e gruppi di auto-aiuto.
- Valutazione medica, internistica, psichiatrica, psicologica e della disabilità.

AIDAP Oliveri (ME)



Responsabile: Dott. Francesco Iarrera

Sede: Piazza Pirandello, 8 - 98060 Oliveri (ME)
Tel. 0941 313999 - Cell. 328 3727128
E-mail: info@centrodiriabilitazionenutrizionale.it
Sito web: www.centrodiriabilitazionenutrizionale.it

Orario di segreteria: lunedì, mercoledì
e venerdì ore 8:30-12:30 e 14:00-18:00

Équipe terapeutica: Dott.ssa Claudia Milazzo, Dott. Stefano Squatrito,
Dott.ssa Giusi D'amico, Dott.ssa Viviana Natale

Attività svolte:

- Terapia Cognitivo-comportamentale ambulatoriale, dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione.
- Terapia Cognitivo-comportamentale intensiva (con assistenza ai pasti presso il centro), dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione.
- È attivo tramite il sito www.centrodiriabilitazionenutrizionale.it un forum di mutuo supporto destinato a pazienti con disturbo alimentare e obesità.
- È attivo tramite il sito www.centrodiriabilitazionenutrizionale.it uno sportello d'ascolto gratuito per avere informazioni sui disturbi alimentari e sull'obesità.
- Sarà attivato a breve "on line con il nutrizionista" che permetterà ai pazienti di seguire il programma per la perdita tramite un accesso internet.
- In collaborazione con la UOL Trapani organizziamo, programmi di formazione sulla terapia dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità rivolti ai terapeuti (medici, psicologi, dietisti e biologi nutrizionisti) che vogliono approfondire le proprie conoscenze sulla CBT.
- Sono in programma incontri di prevenzione e informazione sui disturbi alimentari e sull'obesità indirizzati ai pazienti.

AIDAP Palermo



Responsabile: Dott. Antonino Faillaci

Sede: Via Gambarà, 2 - 90135 Palermo - Tel. e Fax 091 551090
E-mail: aidapalermo@ctionlus.it

Sportello di ascolto: su appuntamento

Équipe terapeutica: Dott.ssa Erika Cardella, Dott.ssa Rosalba Contentezza, Dott.ssa Odette Martinez, Dott.ssa Raffaella Nocito, Dott.ssa Simona Tarantino (psicoterapeuta); Dott.ssa Rosa Maria Pizzo, Dott.ssa Vicenta Zito (dietiste); Dott.ssa Maria Stella Aliquò (medico internista e diabetologa)

Attività svolte:

- Terapia cognitivo-comportamentale ambulatoriale dell'Obesità dell'Adulto e Pediatrica e dei Disturbi dell'Alimentazione in équipe multidisciplinare.
- Sono previsti programmi educativi destinati a Scuole, grande pubblico, palestre e scuole di danza.
- Sono previsti incontri con medici di medicina generale e specialisti che vengono a contatto con persone affette da disturbi dell'alimentazione ed obesità.
- È in fase di organizzazione uno sportello di ascolto per persone con obesità, disturbi alimentari e loro familiari, previa prenotazione, all'interno della Sede.
- La UOL Palermo si propone di organizzare, insieme alla UOL Trapani e alla UOL Oliveri, programmi di formazione sulla terapia dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità rivolti ai terapeuti (medici, psicologi, dietisti e biologi nutrizionisti) che vogliono approfondire le proprie conoscenze sulla CBT.

AIDAP Trapani



Responsabile: Dott. Antonino Faillaci (*a destra*)

Équipe: Dott. Paolo Palmeri (dietista) (*in piedi*),
Dott.ssa Maria Barbara (psicologa) (*a sinistra*)

Sede: Via Marconi, 21 - 91016 Erice (TP)
Tel. 0923 554244 - Fax 0923 554244
Cell. 3495742098
Email: aidaptrapani@libero.it

Orari di Segreteria: lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 9:00
alle 11:30. Martedì dalle 16:00 alle 19:00.

Attività svolte:

- Sono in corso programmi educativi destinati a Scuole, grande pubblico, palestre e scuole di danza.
- Sono previsti incontri con medici di medicina generale e specialisti che vengono a contatto con persone affette da disturbi dell'alimentazione ed obesità.
- È attivo uno sportello di ascolto per persone con obesità, disturbi dell'alimentazione e loro familiari, previa prenotazione.
- Vengono organizzati periodicamente convegni - corsi scientifici sui disturbi dell'alimentazione e obesità.
- È possibile svolgere in sede tirocinio pre-laurea con convenzione da stipularsi con tutte le Università Italiane e le Facoltà che svolgano attività formativa inerente le tematiche trattate dall'Associazione (ad es. Medicina, Psicologia, Biologia, Farmacia, Dietistica).
- La UOL Trapani organizza, insieme alle UOL Oliveri (ME) e Palermo programmi di formazione sulla terapia dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità rivolti ai terapeuti (medici, psicologi, dietisti, biologi nutrizionisti) che vogliono approfondire le conoscenze sulla CBT. Inoltre partecipa alla gestione del sito www.centrodiriabilitazionenutrizionale.it.

Toscana

AIDAP Empoli



Responsabile: Dott.ssa Simona Calugi
Sede: Via L. Cherubini, 2/4 - 50053 Empoli (FI)
 Tel. 0571 73922 - 0571 99281 - Cell. 345 1639017
 E-mail: aidapempoli@gmail.com

Collabora nello studio la Dott.ssa Elisa Salvi (dietista)

Attività svolte:

- Il lunedì è attivo, su appuntamento, uno sportello informativo gratuito, per qualsiasi informazione sui disturbi dell'alimentazione, sull'obesità e sulle attività del nostro centro.
- Collaborazione con i giornali locali per la pubblicazione e divulgazione di articoli informativi e scientifici.

AIDAP Firenze

Responsabile: Dott.ssa Simona Calugi (vedi foto AIDAP Empoli)

Sede: Via Pacini, 23 - 50144 Firenze - Tel. 055 3245370
 Cell. 345 1639017 - E-mail: aidapfirenze@gmail.com

Collabora nello studio la Dott.ssa Elisa Salvi (dietista)

Attività svolte:

- È attivo uno sportello informativo gratuito, per qualsiasi informazione sui disturbi dell'alimentazione, sull'obesità e sulle attività del nostro centro.
- Collaborazione con i giornali locali per la pubblicazione e divulgazione di articoli informativi e scientifici.

Trentino Alto Adige

AIDAP Trento



Responsabile: Dott.ssa Micol Taddei
(in alto)

Sede: Via San Marco, 21
 38100 Trento
 Cell. 340 5150390
 Cell. 392 9586073 (per appuntamenti)
 E-mail: aidaptrento@alice.it



Orari di segreteria:
 da lunedì a venerdì ore 9:00-19:00

Collabora nello studio la Dott.ssa Simona Ginetti (dietista) (in basso)

Attività svolte:

- Sono attivi incontri educativi sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità nelle scuole e nelle circoscrizioni del territorio.
- Il lunedì, il mercoledì e il venerdì, su appuntamento, è attivo lo sportello informativo gratuito per avere informazioni sui disturbi dell'alimentazione, sull'obesità e sulle attività del centro.

Veneto

AIDAP Padova



Responsabile: Dott.ssa Lucia Camporese
Sede: Via D'Alemagna, 2
 35134 Padova
 Tel. e fax 049 604752
 Cell. 338 4464021
 E-mail: lucia.camporese@tin.it

Collabora nello studio la Dott.ssa Diana Soligo (dietista)

Attività svolte:

- È sempre attivo il servizio gratuito di ascolto e informazione sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità.
- Al martedì mattina è possibile effettuare, previo appuntamento, i colloqui informativi.
- Sono in programma per i prossimi mesi i corsi per gruppi di persone affette da sovrappeso e obesità e incontri educativi rivolti al grande pubblico, insegnanti e genitori per diffondere informazioni relative ai disturbi dell'alimentazione, all'obesità e a un corretto stile di vita.

AIDAP Treviso



Responsabile: Dott. Fulvio Susanna
Sede: Via Campagnola, 3/1
 31020 Villorba (TV)
 Tel. 0422 444900 - Fax 0422 278987
 E-mail: poliamb.villorba@libero.it
 - fulviususanna@libero.it

Orario di segreteria:

da lunedì a venerdì: 10-12 e 16-20

Équipe: Dott.ssa Zuccalà Maria Isabella e Da Ros Eva (dietiste) Gobetto Veronica (psicologa-psicoterapeuta)

Attività svolte:

- È operativo uno sportello informativo gratuito, su appuntamento, per fornire informazioni sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità; in sede è disponibile gratuitamente materiale informativo.
- Collaborazione con giornali locali per pubblicazione e divulgazione di informazioni su disturbi dell'alimentazione, obesità e alimentazione in generale.

AIDAP Verona (sede centrale)



Responsabile: Dott. Riccardo Dalle Grave
Sede: Via Sansovino, 16 - 37138 Verona
 Tel. 045 8103915 - Fax 045 8102884
 Email: info@aidap.org
 Sito web: www.aidap.org
 www.emozioniecibo.it

“Interazione farmaci” e “Il Contacalorie AIDAP” insieme in un unico widget!

Nasce il **nuovo software** frutto
della collaborazione tra Positive Press e LinfaSalus



Cercate su **Youtube**,
digitando “**Il Contacalorie AIDAP**”,
il **video-tutorial!**



Collegatevi al sito
www.linfasalus.it



Registratevi al sito



Nell’**“Area riservata ai medici”**
potrete scaricare
gratuitamente il widget!

Il Contacalorie AIDAP

Software più Banca Dati realizzata e costantemente aggiornata dai Nutrizionisti dell’**AIDAP**, contenente oltre **9.000 Prodotti Alimentari**.

Ogni alimento è presente con una propria scheda che riporta le seguenti informazioni nutrizionali.

Alcune delle funzioni...

- È possibile creare un **elenco degli alimenti** selezionati da usare come diario alimentare con il **totale dei nutrienti** e le **calorie assunte**
- Si può visualizzare un **grafico a torta** della composizione nutrizionale
- È possibile **stampare** il diario alimentare

Interazione farmaci

Si tratta di un Servizio promosso, e in parte finanziato, da FISM (Federazione Nazionale delle Società Mediche). Il Servizio viene fornito gratuitamente a Medici, Nutrizionisti e Farmacisti che lo possono installare sul proprio PC e consultare anche in modalità off-line. La ricerca delle interazioni può avvenire sia per Principio Attivo, sia per Brand. Nel Data Base sono presenti i farmaci di tutte le classi ed inoltre sono comprese molte erbe e alimenti.



POSITIVE PRESS - Via Sansovino, 16 - 37138 Verona (VR) - Tel. 045-8103932 - Fax 045-8102884
E-Mail: libri@positivepress.net - Sito: www.positivepress.net