

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Audizione informale

dott. Giuseppe RUOCCO, Direttore Generale Igiene e sicurezza degli alimenti e nutrizione (DGISAN)

Ministero della Salute

20 settembre 2017, ore 15 – Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

INTRODUZIONE:

La problematica dei Disturbi dell'alimentazione (DA) è un aspetto di sanità pubblica molto rilevante perché negli ultimi anni, sia per l'anoressia che per la bulimia, vi è stato un notevole abbassamento dell'età di esordio, con conseguente elevato rischio di danni permanenti per la salute, secondari soprattutto allo stato di malnutrizione. Si ritiene indispensabile prevedere politiche sanitarie in grado di attuare, sul territorio, interventi precoci, con validi strumenti di valutazione nutrizionale che devono essere adeguati all'età e programmi terapeutici, efficaci per pazienti di tutte le età, basati sull'approccio multidisciplinare in equipe.

La programmazione e l'organizzazione dei servizi territoriali devono garantire il riconoscimento precoce dei casi e a questo riguardo risulta fondamentale prevedere protocolli di collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale.

DATI EPIDEMIOLOGICI:

1. **Premessa:** per parlare di epidemiologia dei DA bisogna partire dalla nuova classificazione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in quanto la revisione dei criteri diagnostici pubblicata nella nuova edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) dell'American Psychiatric Association (2013) si è proposta l'obiettivo di definire una maggiore continuità diagnostica tra adolescenza ed età adulta, adattando i criteri alla possibilità di formulare la diagnosi anche in età infantile e adolescenziale e **unificando i disturbi dell'alimentazione con i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione**, che nel DSM-IV (1994) erano inseriti tra i disturbi a insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza. Il capitolo è pertanto definito come: "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" e include le seguenti diagnosi:

- Pica
- Disturbo da ruminazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da binge-eating
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

I cambiamenti più significativi apportati nel DSM-5 riguardano, per l'anoressia nervosa, i criteri del peso e dell'assenza di mestruazioni per almeno tre mesi (amenorrea): il peso è definito attualmente come "inferiore al minimo normale" (per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimo previsto), mentre prima era richiesto un peso inferiore di almeno il 15% rispetto al peso ideale; il criterio dell'amenorrea è stato abolito. Per la bulimia nervosa, la frequenza degli episodi bulimici e delle condotte compensatorie richieste per la diagnosi è stata ridotta da due a una volta a settimana e sono stati aboliti i sottotipi diagnostici. La diagnosi di disturbo da binge-eating (BED) è stata inserita tra le diagnosi complete nel DSM-5. Nella nuova edizione del manuale compare anche una nuova categoria diagnostica denominata disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, per distinguere i pazienti che hanno un calo ponderale significativo, non legato ai meccanismi psicopatologici tipici della anoressia nervosa, come la paura di ingrassare e il disturbo dell'immagine corporea. I pazienti con questo disturbo, infatti, possono presentare un'apparente mancanza di interesse per il cibo o un evitamento del cibo basato sulle sue caratteristiche sensoriali o una preoccupazione sulle conseguenze negative dell'alimentazione (es. paura di vomitare).

Dunque i confini diagnostici dei DA sono stati molto ampliati e con questi significativi cambiamenti, si prevede che gli studi epidemiologici, valutando incidenza (numero percentuale dei nuovi casi in un anno) e prevalenza (numero percentuale di casi presenti nella popolazione generale) dei DA con i nuovi criteri, daranno una frequenza di diagnosi molto superiore a quella fino ad oggi riscontrata e sotto riportata.

2. Dati:

Con il termine incidenza si intende il numero dei nuovi casi di una malattia, in una popolazione definita, in un determinato periodo di tempo.

L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne, mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini. L'incidenza della bulimia nervosa è stimata essere di almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini.

Non ci sono dati attendibili per quanto riguarda l'incidenza del disturbo da alimentazione incontrollata (BED).

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

Con il termine prevalenza lifetime si intende la percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita. Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza life time dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED tra le donne, mentre i tassi corrispondenti negli uomini sono stati trovati essere dello 0,3%, dello 0,5% e del 2%. Nelle donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni, i tassi sono molto più elevati: 2,0% per l'anoressia nervosa, 4,5% per la bulimia nervosa e 6,2% per il BED e i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

Tutti i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione femminile che in quella maschile.

Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa e il 30-40% dei casi di BED.

Gli uomini con disturbi dell'alimentazione non sembrano differire sostanzialmente dalle donne per età di esordio, insoddisfazione per il proprio corpo, metodi di controllo del peso, caratteristiche cliniche ed evolutive. Sono comunque state osservate alcune differenze: la presenza di sovrappeso e di obesità nella storia clinica sembra essere più frequente negli uomini rispetto alle donne con maggiore frequenza di depressione, abuso di sostanze e disturbi di personalità.

Sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia nervosa, la fascia di età in cui l'esordio si manifesta più spesso è quella tra i 15 e i 19 anni. Alcune osservazioni cliniche recenti hanno segnalato un aumento dei casi a esordio precoce. Questo aumento è in parte spiegato dall'abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni, ma potrebbe anche essere collegato a un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione come internet.

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

Ad oggi non sono comunque infrequenti casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa a esordio tardivo che sono associati ad un maggiore rischio di cronicità e a una maggiore presenza di disturbi psichiatrici in comorbidità, come ansia e depressione.

La Conferenza di Consenso sui DA, dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it), patrocinata dal Ministero della Salute, già nel 2012, ha raccomandato che in Italia siano condotti studi di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni della popolazione generale, per consentire un aggiornamento dei dati disponibili.

FATTORI DI RISCHIO ED EZIOPATOGENESI:

L'anoressia nervosa e la bulimia nervosa hanno una **eziologia multifattoriale**: la maggiore vulnerabilità osservata nei soggetti di sesso femminile in età adolescenziale o giovane adulta sembra indicare che questi disturbi sono associati a difficoltà nelle fasi di passaggio dall'infanzia alla vita adulta, scatenate dai cambiamenti fisici e ormonali che caratterizzano la pubertà.

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

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

Alcune caratteristiche di personalità possono associarsi a un'aumentata vulnerabilità ai disturbi dell'alimentazione. Tra queste il perfezionismo, l'impulsività, la tendenza all'ansia anticipatoria e all'evitamento, il bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva e l'ossessività.

Dati epidemiologici suggeriscono un nesso tra lo stare frequentemente “a dieta” e la comparsa di un disturbo dell'alimentazione. Molti studi hanno trovato che la maggior parte degli individui con disturbi dell'alimentazione riferisce di avere iniziato una dieta prima di acquisire un comportamento alimentare “disturbato”.

Un progetto CCM promosso dal Ministero della Salute e dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nell'ambito del programma “Guadagnare salute”, ha messo in luce il **ruolo dei media nel potenziare gli effetti negativi dell'industria della dieta**, che promuove il ricorso indiscriminato a diete “fai da te”. Spesso le diete correlate alla successiva comparsa di disturbi dell'alimentazione sono squilibrate nella qualità e quantità dell'apporto di nutrienti e sono caratterizzate dall'esclusione di intere categorie di alimenti o dall'abolizione di pasti quali la prima colazione.

L'eccessivo consumo di snack e dolci nei primi 12 anni di vita è un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, mentre il regolare consumo della prima colazione è stato associato a una minore vulnerabilità all'insorgenza sia dell'anoressia nervosa sia della bulimia nervosa.

La letteratura psicologica ha proposto numerose teorie per spiegare lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tra queste, particolarmente influenti sono le **teorie cognitivo comportamentali**.

Queste sostengono che i disturbi dell'alimentazione hanno origine da due esigenze fondamentali. La prima è la necessità di avere un **controllo estremo su vari aspetti della vita (es. lavoro, scuola, sport, altri interessi)**, che può, in momenti particolari, focalizzarsi sul controllo dell'alimentazione. La seconda è l'eccessiva **importanza attribuita al controllo del peso e della forma del corpo** in individui che hanno interiorizzato l'ideale della magrezza. In entrambi i casi, il risultato è l'adozione di una restrizione dietetica estrema e rigida che, a sua volta, rinforza la necessità del controllo in generale e in particolare del controllo del peso e della forma del corpo. In seguito si realizzano altri processi che contribuiscono al mantenimento del disturbo dell'alimentazione, come l'isolamento sociale, la comparsa di abbuffate favorite dalla restrizione alimentare, gli effetti negativi delle abbuffate sulla preoccupazione per il peso e la forma del corpo e sul senso di controllo e i sintomi da malnutrizione, che aumentano la necessità di controllare l'alimentazione.

DECORSO ED ESITI:

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

Nell'anoressia nervosa, il tasso di remissione è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio e del 70-80% dopo 8 o più anni. Nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita, danneggiando gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Fattori prognostici favorevoli sono la giovane età e la breve durata del disturbo, mentre fattori prognostici sfavorevoli sono la presenza di problematiche mediche o psichiatriche coesistenti. Circa il 30% dei pazienti presenta un viraggio verso la bulimia nervosa o un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, di solito entro i primi 5 anni dall'esordio della malattia.

Il rischio di morte per una persona con diagnosi di anoressia nervosa è 5-10 volte maggiore di quello dei soggetti sani della stessa età e sesso. Il suicidio costituisce circa il 20% di tutte le cause di morte, mentre le **complicanze mediche acute e croniche** (soprattutto le infezioni, la deplezione di proteine e le alterazioni elettrolitiche) sono le **cause più frequenti**.

Una maggiore età al momento della diagnosi sembra essere uno dei principali predittori di mortalità, assieme a un peso estremamente basso e alla presenza di problemi di alcolismo o diabete. La diagnosi di anoressia nervosa risulta maggiormente associata al rischio di suicidio rispetto alla diagnosi di bulimia nervosa o di un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato.

Nella **bulimia nervosa, il tasso di remissione è di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 o più anni. Circa il 23% dei pazienti ha un decorso cronico protratto.**

Il passaggio dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa è raro, mentre il viraggio verso un disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato avviene in circa il 20% dei casi. Quando il disturbo persiste negli anni, danneggia gravemente le relazioni sociali e la carriera scolastica o lavorativa. La prognosi sembra essere peggiore quando si associano obesità, bassa autostima e disturbi di personalità.

Nel BED, i dati di follow-up sono controversi: alcuni studi mostrano alti tassi di remissione, anche a breve termine, facendo pensare a un miglioramento più rapido dei sintomi rispetto ai casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa, mentre altri mostrano tassi di remissione simili a quelli della bulimia nervosa. I pazienti con BED presentano raramente un viraggio verso l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa.

MODELLI DI PREVENZIONE:

Ci sono molte ragioni per integrare la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione con quella dell'obesità. Primo, i disturbi dell'alimentazione e l'obesità spesso coesistono. Secondo, un solo intervento è più economico di due, un punto importante da considerare in relazione alle limitate risorse oggi disponibili per la prevenzione. Terzo, **vanno evitati i messaggi conflittuali sulla nutrizione**, sull'attività fisica e sull'immagine corporea e i potenziali effetti iatrogeni di programmi somministrati separatamente (*es. strategie per prevenire l'obesità, come il monitorare l'assunzione degli alimenti, potrebbero promuovere un'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo; viceversa, strategie finalizzate a eliminare qualsiasi forma di restrizione alimentare potrebbero favorire l'adozione di un'alimentazione in eccesso e lo sviluppo di sovrappeso*).

Un approccio integrato, che bilanci l'importanza di seguire uno stile di vita salutare, per evitare lo sviluppo dell'obesità, con l'importanza di accettare la diversità genetica del corpo umano, per evitare lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione, è una sfida che dovrà essere affrontata e valutata nelle future ricerche e politiche sanitarie.

Poiché gli **interventi di prevenzione universale sono poco efficaci**, sembra **più utile e opportuno concentrare le risorse su interventi mirati agli individui con prodromi dei disturbi dell'alimentazione**, attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la creazione di sportelli di consulenza, la sensibilizzazione di pazienti, famiglie e insegnanti, anche tramite l'apertura di siti internet informativi, allo scopo di favorire il ricorso precoce alle cure o agli interventi di prevenzione selettiva.

Andrebbero inoltre promossi interventi preventivi in aree che sono oggi riconosciute a tasso di rischio più alto della media, come i settori dello sport, della moda e della danza, utilizzando approcci e strumenti basati su evidenze scientifiche maturate in ambiti contigui.

Infine, è molto improbabile che semplici e brevi programmi scolastici di prevenzione siano in grado di produrre una reale riduzione dell'incidenza e della prevalenza dei disturbi dell'alimentazione senza azioni finalizzate a modificare i fattori di rischio socioculturali per tali disturbi. L'evoluzione da un modello di prevenzione basato sulla responsabilità personale verso un modello di salute pubblica è stata promossa con forza, per esempio, nel campo dell'obesità. **Le istituzioni che si occupano di salute pubblica hanno la responsabilità di attuare interventi come il controllo della pubblicità dell'industria della dieta e la promozione di comportamenti di sana alimentazione e salutare attività fisica.**

INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE NEGLI ULTIMI 10 ANNI:

Il Ministero della Salute (Mds), la Presidenza del Consiglio e la Regione Umbria, nell'ambito di un progetto CCM, hanno dato avvio nel **2008** ad una **indagine sullo stato dell'arte dell'assistenza in Italia per alla costruzione di una “mappa” delle strutture** e delle associazioni dedicate ai DCA, al fine di garantire ai cittadini affetti da tali patologie e alle loro famiglie migliori livelli di accesso e appropriatezza dell'intervento.

Il censimento ha portato alla **individuazione dei servizi dedicati al trattamento dei DCA sul territorio nazionale**.

Il progetto CCM in questione *“Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare”* è stato condotto nell'ambito del Protocollo di Intesa *“Guadagnare Salute”* e coordinato dall'Umbria come Regione capofila (Asl2 di Perugia - Centro per i DA Residenza Palazzo Francisci di Todi) ed ha coinvolto tredici soggetti tra strutture pubbliche e associazioni del privato sociale.

Il progetto ha avuto la durata di due anni (2008-2010) e si è articolato in due filoni distinti:

1. le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare
2. la prevenzione sociale nei disturbi del comportamento alimentare.

Successivamente, nel **2010**, è stato condotto un altro progetto CCM, nell'ambito delle Azioni centrali del Piano nazionale di prevenzione (PNP) sui **fattori predittivi e le caratteristiche psicopatologiche dei DA in età adolescenziale e preadolescenziale**, capofila Regione Lombardia.

Nel **2012** è stato redatto il **Quaderno del Ministero della salute n° 17 sull' “Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione”**.

Il Quaderno offre una sintesi delle conoscenze attuali sui DA sia per gli operatori del settore, ma anche per pazienti e familiari. **Il documento vuol essere uno strumento di programmazione sanitaria per garantire alle persone affette da questi disturbi un'assistenza qualificata e il più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale.** Viene rivolta particolare attenzione al tema della prevenzione ed alle iniziative di salute pubblica che possono ridurre l'incidenza dei DA, tramite la collaborazione degli operatori sanitari con le scuole, le industrie alimentari, i media e l'industria della moda. Un'intera sezione è dedicata al ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella prevenzione, nello screening e nella diagnosi precoce, nella rilevazione dei segnali di allarme, nella comunicazione con il paziente e i familiari, nella valutazione del rischio fisico, nel trattamento dei casi lievi e nell'invio ai centri specialistici e nel follow-up.

Nel **2012** è stata svolta la **Conferenza nazionale sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**, presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ha organizzato l'evento insieme alla AUSL 1 della Regione Umbria, con il patrocinio del Ministero della Salute. Scopo della Conferenza è stato quello di produrre raccomandazioni per una gestione appropriata dei DCA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche sulle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale. Sulla base di tali evidenze, e degli elementi rilevanti emersi dal dibattito

pubblico effettuato nel corso del primo giorno di lavori della Conferenza, una giuria multidisciplinare, composta da professionisti del settore e rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti, ha elaborato un documento di consenso in cui sono riportate specifiche raccomandazioni sul tema dei DA.

Fra gli interventi del MdS in materia di DA bisogna far riferimento al Piano Nazionale di Prevenzione (PNP). **L'Intesa con le Regioni del 2014 relativa al PNP 2014 – 2018 ha previsto nel capitolo 2.3 “Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani” misure specifiche per i DA.** Sebbene, infatti, nella Consensus Conference del 2012 si sia messo in evidenza, riguardo a tale tematica, come siano veramente pochi gli studi epidemiologici attivati nel corso degli ultimi 5 anni, molti esperti riferiscono di un trend in aumento, che, peraltro, potrebbe comunque essere dovuto anche ad approcci diagnostici diversificati. Quello che è evidente è che **le caratteristiche psicopatologiche dei DA stanno modificandosi, quasi che interpretassero un disagio diffuso della modernità, con conseguente comparsa di quadri clinici inesistenti fino a qualche anno fa, quali i DA maschili o i disturbi infantili con forme severe e molto difficili da trattare.**

Suddetto Piano è tuttora in vigore e si è già effettuata la prima valutazione sul recepimento di specifici piani regionali a riguardo.

Visto quanto evidenziato anche nel PNP, sul trend in aumento nel nostro paese dei DA, ed in considerazione dell'impatto della problematica di sanità pubblica, per il notevole abbassamento dell'età dell'esordio sia per l'anoressia, sia per la bulimia, nel **2015, la DGISAN** ha costituito un **Tavolo di lavoro** per la stesura delle prime **“Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei pazienti con Disturbi dell'alimentazione (DA)”**, chiamando a collaborare esperti della materia, opinion leader e rappresentanti delle regioni per definire un documento programmatico per gli operatori del settore, per i MdMG, per i PdLS e per le famiglie.

Il documento prodotto ed **approvato in sede di Conferenza Stato Regioni a giugno 2017**, è uno strumento operativo sia per la **valutazione nutrizionale del soggetto con DA**, sia per la scelta terapeutica più opportuna, basata sulla **continuità assistenziale e sulle attività dell'equipe multidisciplinare.**

Inoltre il documento contiene sezioni dedicate alla gestione ed all'organizzazione dei servizi anche a livello territoriale.

La sezione dedicata ai livelli di assistenza evidenzia l'importanza che ci siano in tutte le regioni italiane i 5 livelli di intervento:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
2. Terapia ambulatoriale;
3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale (diagnostico/terapeutico/riabilitativo);
4. Riabilitazione intensiva residenziale;
5. Ricoveri ordinari e di emergenza.

Ad oggi è considerata una forte criticità non avere omogeneità, sull'intero territorio nazionale, di centri specializzati per effettuare la riabilitazione residenziale. Si dovrebbe quindi potenziare, nella

programmazione sanitaria, ogni intervento a livello regionale al fine di evitare che i soggetti affetti da DA debbano essere trattati in strutture lontane dalla propria residenza *(anche in considerazione dell'età di esordio che si sta notevolmente abbassando e del fatto che nelle poche strutture residenziali presenti ci sono lunghe liste di attesa per la presa in carico).*

In tutte le sezioni del documento (valutazione nutrizionale, riabilitazione nutrizionale, team multidisciplinare, famiglie, attività fisica) **si evidenzia l'importanza dell'approccio integrato**: infatti gli interventi nutrizionali nei DA costituiscono un aspetto importante di un programma terapeutico articolato e complesso, che include cure mediche, specialistiche, psicosociali.

La **sezione 1 riporta una dettagliata sintesi delle principali linee guida** sul trattamento e sugli interventi nutrizionali nei disturbi dell'alimentazione. In questa sezione sono anche descritte le **Linee Guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE)** pubblicate nel maggio 2017.

Alla base del trattamento nutrizionale dei DA, nel documento ministeriale, è stato considerato punto cardine **l'approccio multidimensionale, interdisciplinare e pluriprofessionale integrato con diverse figure professionali coinvolte** (MdmG, PdLS, Internista, Dietologo, Psicologo, Psichiatra ed eventuali altre figure specialistiche) per una gestione degli interventi nutrizionali programmata e organizzata in modo da essere coordinata con le terapie mediche e psicologiche.

Le linee di indirizzo sono state pubblicate sul Quaderno n 29, settembre 2017, diffuso in occasione del workshop nazionale del 7 settembre u.s. tenutosi presso il Ministero della salute.

Il documento in questione costituisce un **valido strumento per gli operatori sanitari** coinvolti nella cura dei disturbi dell'alimentazione, per identificare precocemente le persone che necessitano di un supporto nutrizionale e mettere in atto tutti i trattamenti integrati ed appropriati.

PROGETTI DI RICERCA PILOTA E GRUPPI DI LAVORO AD HOC

Come evidenziato nel **Quaderno n 17 *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione***, gli interventi di prevenzione efficace per i DA sono quelli che integrano le misure di prevenzione dell'obesità a quelle per il contrasto dei DA.

Per queste ragioni sono interessanti i progetti pilota che DGISAN sta svolgendo dal 2015, e che promuovono specifiche azioni in materia di educazione nutrizionale con approccio multisettoriale e “globale”: nel tempo (durante tutto il ciclo di vita), nei luoghi (multi-setting), con il coinvolgimento delle diverse istituzioni, con strategie intersettoriali (“strategia win-win” ed accordi con l’Industria alimentare per la riformulazione degli alimenti destinati soprattutto ai bambini) di tipo educativo, formativo, di comunicazione efficace.

Nello specifico sono attualmente on going **Tavoli di lavoro per la revisione o la prima stesura delle linee di indirizzo per la ristorazione collettiva e scolastica, per la promozione dell’allattamento al seno, per interventi mirati in ambito Disturbi alimentari** (*sia per aiutare le famiglie, soprattutto al momento dei pasti, sia per il Pronto Soccorso, per la gestione del paziente con DA in emergenza medica*).

Sono inoltre in corso **Progetti di Ricerca** e sono stati condotti, in questi ultimi anni, **Studi Pilota**, coordinati da DGISAN, svolti in convenzione con ISS, Università ed altri Enti per l’educazione alimentare all’interno delle scuole e delle comunità locali.

Fra questi ricordiamo:

- **Sperimentare salute** (*condotto con ISS, attualmente in corso*): che ha lo scopo di sviluppare consapevolezza sull’importanza di un’alimentazione variata, ricca di frutta e verdura per migliorare il proprio benessere; imparare a correlare le scelte alimentari con lo stile di vita; educare ad un rapporto equilibrato con il cibo; diffondere conoscenza sull’origine degli alimenti e sull’importanza di applicare corretti metodi di conservazione. L’obiettivo è quello di educare alla corretta nutrizione e promuovere stili alimentari virtuosi.
- **Nuove tecnologie e stili alimentari** (*condotto con l’Ordine degli Psicologi del Lazio, concluso a novembre 2016*): che aveva l’obiettivo di individuare e analizzare, attraverso un’indagine in alcune scuole del Lazio, le possibili **correlazioni tra l’uso delle nuove tecnologie e il comportamento alimentare nella popolazione adolescente (11-15 anni)**, in particolare le motivazioni degli adolescenti nell’utilizzo delle nuove tecnologie e la qualità della socializzazione, gli atteggiamenti genitoriali nei confronti dell’utilizzo delle nuove tecnologie da parte dei figli, il tempo trascorso dai ragazzi nel loro utilizzo. Rispetto all’obiettivo principale dello studio, si è rilevata una associazione tra utilizzo dei dispositivi tecnologici e stile alimentare, per cui **un più elevato utilizzo dei dispositivi correla con un maggiore intake calorico e con una maggiore probabilità di avere condotte alimentari a rischio, che in alcuni casi può essere clinicamente significativo**.

Anche gli atteggiamenti genitoriali sembrano avere particolare rilevanza nel modulare il rapporto tra uso dei dispositivi e stile alimentare. In particolare, l'assenza o l'eccesso di regole imposte dai genitori sull'utilizzo dei dispositivi da parte dei figli sembra rappresentare un fattore di rischio che rende l'utilizzo degli stessi associabile a condotte alimentari disfunzionali, in particolare di tipo bulimico. Inoltre, nei casi di bassa condivisione dei pasti in famiglia, un utilizzo giornaliero dei dispositivi tecnologici medio-basso risulta associato alla presenza di condotte di controllo orale, mentre all'aumentare dell'utilizzo delle tecnologie aumenta l'apporto calorico giornaliero.

I risultati dello studio suggeriscono che sia l'utilizzo massiccio dei dispositivi tecnologici, che il rischio clinico per le condotte alimentari non siano da intendersi in una relazione semplice ed esaustiva del tipo causa-effetto: sebbene sia emersa una associazione tra utilizzo dei dispositivi e stile alimentare, ulteriori variabili potrebbero aiutare a comprenderla maggiormente.

MATERIALE BIBLIOGRAFICO SCARICABILE DA SITI WEB

DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE:

- **American Psychiatric Association, DSM-5 Development.** Disponibile all'indirizzo <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- **Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione - Quaderni del Ministero della Salute, n. 17 luglio-agosto 2013**
http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2561_allegato.pdf
- **Rapporti ISTISAN Istituto Superiore di Sanità, 13/6, 2012 - Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti**
<http://www.iss.it/binary/publ/cont/tredici6web.pdf>
- **Il coraggio di guardare. Prospettive e incontri per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Atti del Seminario "I Giorni Dispari - The Odd Days - Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare", Todi, 16-17 ottobre 2009.** Ministero della Salute, Dipartimento della Gioventù, Istituto Superiore di Sanità; 2012.
http://www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/il-coraggio-di-guardare-DCA.pdf
- **Piano Nazionale di Prevenzione 2014 - 2018**
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- **Linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE) Eating Disorders, maggio 2017.**
<https://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>
- **Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione - Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017**
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2636_allegato.pdf

PROGETTI DI RICERCA E STUDI PILOTA:

- **Sperimentare salute – MaestraNatura**

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2333

<http://www.maestranatura.org/#/app>

- **Nuove Tecnologie e Stili alimentari**

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4877&area=nutrizione&menu=vuoto

PROGETTI CCM:

- **Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare 2008 – 2010**

http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/562&idP=740#buone_pratiche

- **Mappa dei Servizi (progetto CCM Le buone Pratiche di cura e Progetto di studio Multicentrico)**

<http://www.disturbialimentarionline.it/>

- **Progetto di studio multicentrico su fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in eta' adolescenziale e preadolescenziale**

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4632_listaFile_itemName_0_file.pdf