

INFORMAZIONI SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E SULL'OBESITÀ

I TRATTAMENTI VALIDATI DALLA RICERCA SCIENTIFICA
E RACCOMANDATI DA AIDAP

AIDAP

Associazione Italiana
Disturbi dell'Alimentazione e del Peso



Associazione Italiana Disturbi dell'alimentazione e del Peso
Via Sansovino 16 - 37138 Verona (VR)
Tel. 045/8103932 - E-mail: info@aidap.org
Sito web: www.aidap.org

Questo manuale è protetto da copyright
© 2026 AIDAP

Nessuna parte del libretto può essere riprodotta senza il permesso scritto.
I pazienti possono fotocopiarne parti a scopo terapeutico.

Introduzione

AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell’Alimentazione e del Peso) è un’associazione indipendente autonoma, senza fini di lucro ed è riconosciuta come società medico scientifica dalla Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane (FISM).

La mission di AIDAP è disseminare in Italia la conoscenza scientifica sulla prevenzione, educazione, trattamento e ricerca dei disturbi dell’alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, altri disturbi dell’alimentazione) e dell’obesità. A tale scopo AIDAP organizza convegni, gruppi di studio, altre attività di formazione e informazione nel campo medico, psicologico, scolastico e sociale.

In Italia, purtroppo, una intricata rete di informazioni sbagliate impedisce a molte persone di affrontare in modo adeguato i disturbi dell’alimentazione e l’obesità. Le informazioni imprecise portano le persone

ad avere idee sbagliate sulle cause del loro problema, a intraprendere trattamenti non adeguati e, in alcuni casi, a scatenare o aggravare il loro disturbo.

Negli ultimi anni sono sorti numerosi centri specialistici, ma purtroppo ancora molte persone con disturbi dell’alimentazione e/o obesità non seguono un trattamento, poche lo richiedono e i centri specialistici non sono accessibili alla maggior parte delle persone che ne hanno bisogno. Inoltre, in molti centri specialistici non è fornita una terapia supportata dall’evidenza scientifica.

In questo opuscolo sono riportate informazioni scientifiche aggiornate sui disturbi dell’alimentazione e sull’obesità e sui trattamenti validati dalla ricerca scientifica e raccomandati da AIDAP per la gestione di queste condizioni.

Informazioni sui Disturbi dell'Alimentazione

PRIMA DEL TRATTAMENTO



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro

DOPO IL TRATTAMENTO



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Sport
- Musica
- Amici
- Pittura
- Altro

Una persona ha un disturbo dell'alimentazione quando il suo comportamento alimentare o i comportamenti che adotta per controllare il suo peso danneggiano significativamente la sua salute fisica e la sua qualità di vita.

Negli adulti e negli adolescenti la classificazione medica distingue tre disturbi dell'alimentazione principali:

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da binge-eating

Gli studi eseguiti in questi ultimi anni hanno però evidenziato che, oltre a questi tre disturbi, molte persone hanno un disturbo dell'alimentazione che cade al di fuori di queste tre categorie. Sono casi che possono essere riuniti nella categoria chiamata "altri disturbi dell'alimentazione".

Anoressia nervosa

Chi colpisce

L'anoressia nervosa colpisce prevalentemente le adolescenti e le giovani donne, ma in circa un caso su 10 si sviluppa negli uomini. La sua prevalenza è di circa l'1%, con una prevalenza *lifetime* (cioè la percentuale di persone che hanno avuto il disturbo in qualsiasi fase della loro vita) di circa il 2%. Questo significa che il 2% delle donne ha avuto l'anoressia nervosa in una qualsiasi fase della sua vita.

Caratteristiche cliniche e decorso

L'anoressia nervosa nei casi tipici inizia nell'adolescenza con una marcata perdita ponderale e il raggiungimento di un peso corporeo molto basso. La perdita di peso è perseguita attivamente seguendo una dieta ferrea e ipocalorica. In genere, le persone con questo disturbo evitano i cibi che considerano ingrassanti e, a volte, saltano i pasti o digiunano. Alcune persone per perdere peso eseguono un'attività fisica eccessiva. Altre per dimagrire si inducono il vomito. Circa un terzo ha degli episodi di abbuffata, spesso soggettivi (cioè quando l'alimentazione è incontrollata ma non è eccessiva) durante i quali il loro tentativo di restringere l'assunzione del cibo è interrotto.

Sintomi comuni, che peggiorano con la perdita di peso e spesso scompaiono con la normalizzazione ponderale sono le preoccupazioni per l'alimentazione, gli sbalzi del tono dell'umore, l'irritabilità, il deficit di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale, l'isolamento sociale, le difficoltà digestive con un senso di pienezza precoce, l'intolleranza al freddo e l'astenia.

In alcuni adolescenti l'anoressia nervosa è di breve durata e va in remissione senza alcuna cura o con un trattamento breve. Se non si verifica questa evenienza il disturbo tende a persistere e richiede interventi specializzati prolungati e complessi. Un ampio gruppo migra verso la bulimia nervosa o altri disturbi dell'alimentazione e una piccola percentuale di casi rimane "bloccato" nell'anoressia nervosa per anni, uno stato da cui è molto difficile, ma non impossibile, uscire.

Come capire se si è affetti da anoressia nervosa

La maggior parte delle persone ha sentito parlare dell'anoressia nervosa perché spesso attrae l'attenzione dei media e perché le persone che ne sono affette appaiono molto emaciate e a volte possono anche morire. Per dire che una persona ha questo disturbo dell'alimentazione devono essere soddisfatte tre condizioni:

1. **Sottopeso.** Tutte le persone affette da anoressia nervosa, per definizione, devono essere sottopeso, cioè pesare meno di un Indice di Massa Corporea (IMC) di 18,5 – l'IMC si calcola dividendo il peso in chili per l'altezza al quadrato in metri – oppure al di sotto di quanto atteso se sono adolescenti o bambini.
2. **Paura d'ingrassare.** La seconda peculiarità dell'anoressia nervosa è l'intensa paura di prendere peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
3. **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.** La persona con anoressia nervosa riporta un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo (cioè, giudica se stessa in modo predominante o a volte esclusivo sulla base del suo peso, della sua forma del corpo e del loro controllo). Questa caratteristica è diversa dal sentirsi grassi e dall'essere insoddisfatti del peso e della forma del corpo che sono comuni nella popolazione e in genere non creano danni. Nelle persone più giovani con anoressia nervosa è spesso presente un rifiuto ad

ammettere la gravità della propria condizione di sottopeso.

L'amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi) non è necessaria per la diagnosi di anoressia nervosa, ma comunque è un sintomo che deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione, soprattutto se compare in un'adolescente o in una giovane donna che restringe l'alimentazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di amenorrea secondaria (perdita di mestruazioni dopo un periodo più o meno lungo di cicli regolari); in una minoranza, quando l'anoressia nervosa è insorta prima dello sviluppo puberale, di amenorrea primaria. Negli uomini sono presenti perdita dell'interesse sessuale e impotenza.

Infine, un sottogruppo di persone ha caratteristiche simili a quelle dell'anoressia nervosa, ma non riporta la paura d'ingrassare e la preoccupazione per il peso e la forma del corpo. In questi casi, se è presente un'estrema preoccupazione per le conseguenze negative del mangiare (per es. paura di non digerire o di avere delle manifestazioni allergiche o di soffocare o di non riuscire a deglutire) oppure un evitamento del cibo per le sue caratteristiche sensoriali o un mancato interesse per il cibo, possono ricevere la diagnosi di *disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo*: un disturbo della nutrizione che colpisce prevalentemente, ma non sempre, l'infanzia e la prima adolescenza.

Bulimia nervosa

Chi colpisce

La bulimia nervosa colpisce prevalentemente le donne nella tarda adolescenza e nella prima età adulta, mentre la prevalenza tra i maschi è incerta e sembra essere minore di uno a 10. La sua prevalenza nei paesi occidentali è circa lo 0,6% tra le adolescenti e le giovani donne, mentre tra le donne la prevalenza *lifetime* è di circa il 2%.

Caratteristiche cliniche e decorso

Il problema inizia in genere nella tarda adolescenza con un periodo di dieta ferrea che viene, dopo un tempo variabile, interrotto da episodi di abbuffata che la persona cerca di compensare inducendosi il vomito o usando altri comportamenti estremi di controllo del peso. In circa un quarto dei casi la dieta è così estrema che la persona prima sviluppa l'anoressia nervosa e poi con la comparsa degli episodi di abbuffata progredisce verso la bulimia nervosa.

Le persone con bulimia nervosa hanno abitudini alimentari caotiche. Al di fuori degli episodi di abbuffata cercano di restringere in modo estremo la loro alimentazione in modo simile alle persone con anoressia nervosa. Alcune non mangiano nulla al di fuori delle abbuffate e molte altre mangiano pochissimo. Molte si inducono il vomito dopo gli episodi di abbuffata, altre assumono in modo improprio i lassativi, i diuretici

o le pillole dimagranti, altre ancora fanno esercizio in modo eccessivo. Nonostante l'adozione di questi mezzi di compenso le persone con questo disturbo sono generalmente di peso normale, alcune in sovrappeso perché il cibo assunto con le calorie non viene eliminato (per es. con i lassativi e i diuretici) o è eliminato solo in parte (per es. con il vomito).

La bulimia nervosa tende ad essere un disturbo auto-perpetuante che solo in pochi casi tende ad andare in remissione spontaneamente, sebbene possa andare incontro a miglioramenti e peggioramenti. In genere, quando le persone richiedono un trattamento hanno questo comportamento alimentare da cinque anni o più.

Come capire se si è affetti da bulimia nervosa

Capire se si è affetti da bulimia nervosa non è semplice come nel caso dell'anoressia nervosa. In sintesi, una persona ha questo disturbo quando ha le seguenti cinque caratteristiche:

- 1. Ricorrenti episodi di abbuffata.** Un'abbuffata, traduzione del termine inglese *binge-eating*, si definisce sulla base di due caratteristiche che devono essere entrambe presenti:
 - a. il consumo di una grande quantità di cibo che una persona non mangerebbe in quella determinata quantità di tempo (per es. due ore)
 - b. la sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire che non ci si può astenere dall'abbuf-

farsi, oppure non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).

2. **Comportamenti di compenso.** La seconda caratteristica importante della bulimia nervosa è che le abbuffate devono essere seguite da comportamenti di compenso (per es. il vomito auto-indotto, l'uso improprio di lassativi o diuretici, l'esercizio fisico eccessivo e il digiuno), finalizzati a prevenire l'aumento di peso.
3. **Frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di compenso.** Perché sia diagnosticata la bulimia nervosa, le abbuffate e i comportamenti di compenso devono verificarsi almeno una volta la settimana per 3 mesi. Sebbene sia uno standard arbitrario, serve a restringere la diagnosi soltanto alle persone che hanno un disturbo ricorrente e persistente.
4. **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.** Come le persone affette da anoressia nervosa, anche quelle con bulimia nervosa hanno una valutazione di sé basata in modo predominante sul peso e la forma del corpo.
5. **Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.** Questo significa che una persona con episodi di abbuffata e comportamenti di compenso ma con un peso basso (inferiore a un IMC di 18,5) riceverà una diagnosi di anoressia nervosa, mentre se l'IMC è maggiore o uguale a 18,5 la diagnosi sarà di bulimia nervosa.

Disturbo da binge-eating

Chi colpisce

La prevalenza del disturbo da binge-eating stimata nei vari studi varia dallo 0,62 al 3,6%, con una prevalenza *lifetime* da meno dell'1% nei paesi europei al 2,6% negli USA. A differenza di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa in cui il rapporto femmine maschi è 9:1, nel disturbo da binge-eating il rapporto è più bilanciato ed è circa 6:4.

Caratteristiche cliniche e decorso

Il disturbo da binge-eating, sebbene condivida con la bulimia nervosa gli episodi di abbuffata, presenta le seguenti differenze: (1) gli episodi di abbuffata non sono seguiti dall'utilizzo regolare di comportamento di compenso e accadono in situazioni in cui è presente una tendenza generale a mangiare in eccesso e in modo sregolato piuttosto che di restrizione dietetica; ciò spiega la forte associazione con l'obesità; (2) è frequente anche negli uomini; (3) ha un tasso elevato di remissione spontanea a breve termine, come evidenziato da studi di trattamento farmacologico o che ne hanno valutato la storia naturale.

Il tasso di remissione dopo quattro anni è di circa l'80% e la migrazione verso l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa è rara.

Come capire se si è affetti da disturbo da binge-eating

Una persona è affetta da disturbo da binge-eating se soddisfa i seguenti criteri diagnostici:

- 1. Ricorrenti episodi di abbuffata.** Come per la bulimia nervosa, un'abbuffata si definisce sulla base di due caratteristiche che devono essere entrambe presenti:
 - a. il consumo di una grande quantità di cibo;
 - b. la sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire che non ci si può astenere dall'abbuffarsi, oppure non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).
- 2. Presenza di tre o più delle seguenti caratteristiche**
 - a. Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - b. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - c. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - d. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - e. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
- 3. Presenza di marcato disagio riguardo alle abbuffate.**
- 4. Frequenza delle abbuffate.** L'abbuffata si verifica, in media, almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi.
- 5. Assenza di comportamenti di compenso.** L'abbuffata non è associata alla

messa in atto sistematica di comportamenti di compenso come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente nella bulimia nervosa o nell'anoressia nervosa.

Altri disturbi dell'alimentazione

Questi disturbi non soddisfano i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating pur causando un significativo danno alle persone che ne sono colpite. Studi recenti hanno osservato che gli altri disturbi dell'alimentazione costituiscono circa un terzo dei pazienti ambulatoriali o ricoverati affetti da disturbo dell'alimentazione e, allo stesso modo dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, sembrano colpire soprattutto le adolescenti e le giovani donne.

Gli altri disturbi dell'alimentazione possono essere divisi in cinque sottogruppi:

- 1. Anoressia nervosa atipica.** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra dell'intervallo di normalità.
- 2. Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata.** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che gli episodi di abbuffata e le condotte

compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

3. **Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata.** Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che gli episodi di abbuffata si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. **Disturbo da condotte di eliminazione.** Presenza di ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate, in una persona non sottopeso.
5. **Sindrome da alimentazione notturna.** Presenza di ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. C'è la consapevolezza e il ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

La prospettiva transdiagnostica

La classificazione diagnostica descritta sopra, sebbene descriva in modo accurato le maggiori forme di disturbi dell'alimentazione osservate, ha però dei limiti.

- Il primo limite è che tende a trascurare il fatto che i vari disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche (vedi Tabella 1), in particolare i comportamenti alimentari e di controllo del peso e le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo. Questo fa sì che in alcuni casi sia difficile fare un'accurata distinzione diagnostica. Per esempio, una persona con tutte le caratteristiche della bulimia nervosa con un IMC che varia tra 18,4 a 18,6 (corrispondente alla variazione di meno di 1 kg di peso corporeo), può ricevere una diagnosi, a seconda del momento in cui è misurato il suo peso, di anoressia nervosa (se il suo IMC è inferiore a 18,5) o di bulimia nervosa (se il suo IMC è superiore o uguale a 18,5). Un altro confine problematico è quello tra la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating. Nelle persone che non si inducono il vomito o assumono lassativi, la distinzione si basa principalmente su quello che mangiano tra gli episodi di abbuffata. Se la quantità è scarsa si fa una diagnosi di bulimia nervosa, se invece non lo è, di

Tabella 1. Caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione

| CARATTERISTICHE CLINICHE | AN | BN | BED | ADA |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e del loro controllo | +++ | +++ | + | ++ |
| Dieta ferrea | +++ | +++ | | ++ |
| Episodi di abbuffata | + | +++ | +++ | ++ |
| Vomito autoindotto | + | ++ | | + |
| Uso improprio di diuretici | + | + | | + |
| Esercizio fisico eccessivo | ++ | + | | + |
| Check del corpo | ++ | ++ | + | + |
| Evitamento dell'esposizione del corpo | + | ++ | ++ | + |
| Sensazione di essere grassi | ++ | ++ | ++ | ++ |
| Basso peso | +++ | | | + |

AN = anoressia nervosa; BN = bulimia nervosa; BED = disturbo da binge-eating;
ADA = altri disturbi dell'alimentazione

disturbo da binge-eating. In altre parole, non esiste una linea di distinzione netta tra le varie categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione.

- Il secondo limite del sistema classificativo è che le tre diagnosi principali dei disturbi dell'alimentazione forniscono un quadro incompleto dei problemi alimentari. Molti disturbi dell'alimentazione, come già descritto, non soddisfano i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e del disturbo da binge-eating e così sono stati inseriti nella categoria eterogenea, residuale e trascurata, chiamata "altri disturbi dell'alimentazione".
- Il terzo importante limite è che i disturbi dell'alimentazione cambiano la loro for-

ma nel tempo. La migrazione diagnostica dei disturbi dell'alimentazione (per esempio da anoressia nervosa a bulimia nervosa a altri disturbi dell'alimentazione) è la norma, piuttosto che l'eccezione (vedi Figura 1). Questo significa che le persone nel corso della vita vanno incontro a diversi disturbi mentali? No, hanno avuto un singolo problema alimentare che ha cambiato forma nel corso del tempo.

Queste osservazioni hanno portato a sviluppare la teoria transdiagnostica che, nata presso l'università di Oxford, considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che vari disturbi separati.

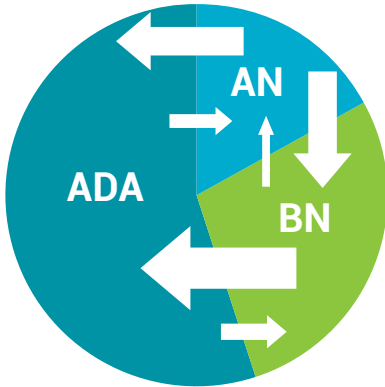


Figura 1. La migrazione diagnostica dei disturbi dell'alimentazione

AN = anoressia nervosa, BN = bulimia nervosa;
ADA = altri disturbi dell'alimentazione

La prospettiva transdiagnostica, illustrata nella Figura 2, è stata utilizzata come punto di partenza per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione raccomandato da AIDAP.

Le cause dei disturbi dell'alimentazione

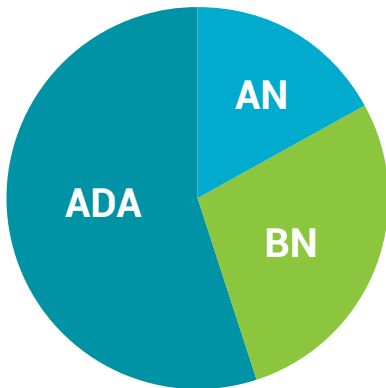
Le informazioni fornite dai media e da alcuni pseudo-esperti sulle cause dei disturbi dell'alimentazione sono spesso non corrette e prive di una solida base scientifica.

Domande che spesso sono fatte all'AIDAP dai pazienti, dai loro familiari, ma anche da alcuni colleghi sono: “È un problema che nasce da un cattivo rapporto con i

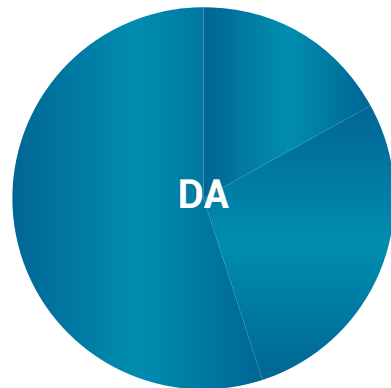
genitori o con la mamma?”, “È dovuto alla pressione alla magrezza esercitata dai media e dal mondo della moda?”; “È una scelta personale o una malattia?”; “È una richiesta di aiuto o una protesta?”. Non c'è una risposta semplice a queste domande.

La realtà è che non conosciamo le cause dei disturbi dell'alimentazione perché ci sono molte sfide metodologiche che non sono ancora state vinte. I disturbi dell'alimentazione, infatti, sono difficili da individuare e da diagnosticare, sono usate delle definizioni diagnostiche inconsistenti, le persone che richiedono un trattamento non sono rappresentative e non ci sono dei fenotipi ovvi da studiare. Per esempio, ci sono delle forme di anoressia nervosa che vanno in remissione in un breve lasso di tempo e altre che durano tutta la vita, altre ancora che si trasformano in disturbi dell'alimentazione diversi, ma questi casi sono messi in un unico gruppo quando si studiano le cause dell'anoressia nervosa. Inoltre, il problema della comorbilità è spesso trascurato, anche se sembra esistere una relazione tra disturbi dell'alimentazione e depressione.

Comunque, i dati a nostra disposizione indicano che la familiarità gioca un ruolo per lo sviluppo di questi disturbi. Tra i familiari di primo grado c'è, infatti, un rischio aumentato di 10 volte di sviluppare un disturbo dell'alimentazione. Inoltre, gli studi sui gemelli suggeriscono che i fattori genetici contribuiscano al 40-60% dell'ereditabilità. Recentemente sono stati anche identificati con la metodica associazione genome-wide (GWAS) otto loci genetici significativi per l'anoressia nervosa che si correlano con alcuni disturbi mentali e tratti metabolici (un



Classificazione medica



Prospettiva transdiagnostica

Figura 2. Prospettiva transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione

AN = anoressia nervosa, BN = bulimia nervosa; ADA = altri disturbi dell'alimentazione; DA = disturbo dell'alimentazione

dato che va comunque confermato da studi con campioni più ampi). Nessuno GWAS è stato eseguito per la bulimia nervosa e gli altri disturbi dell'alimentazione.

Lo studio dei fattori ambientali, che contribuiscono per il 40-60% allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione, è stato eseguito con gli studi caso-controllo (retrospettivi) e gli studi di coorte (prospettivi) che hanno indagato, rispettivamente, l'esposizione ad alcuni fattori ambientali dopo o prima dello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione. Entrambi questi studi, purtroppo, hanno dei limiti difficili da superare. Negli studi retrospettivi le persone spesso non ricordano gli eventi e a volte è difficile distinguere se una caratteristica era presente prima dello sviluppo del disturbo o è una sua conseguenza. In quelli prospettivi, che richiedono la valutazione di un grande numero di persone, i dati sono raccolti con questionari, e non con

le interviste (con incertezza sull'accuratezza delle risposte fornite), e molti partecipanti, in particolare quelli che poi sviluppano l'anoressia nervosa e che tendono ad evitare le valutazioni, sono persi nel corso dello studio.

Comunque, pur con i loro limiti, questi studi hanno identificato due classi di fattori di rischio potenziali (vedi Tabella 2): (i) fattori di rischio specifici per i disturbi dell'alimentazione (cioè osservati solo nei disturbi dell'alimentazione); (ii) fattori di rischio generici per i disturbi mentali (cioè presenti anche in altri disturbi mentali).

Studi recenti, hanno anche trovato delle associazioni tra complicanze ostetriche, infezioni materne prenatali, infezioni trattate in ospedale o trattamenti antibiotici nell'infanzia (in particolare nei primi 3 mesi) e sviluppo dei disturbi dell'alimentazione. Queste osservazioni hanno fatto ipotizza-

Tabella 2. Alcuni fattori di rischio potenziali dei disturbi dell'alimentazione emersi da studi retrospettivi e prospettici

| | AN | BN | BED | MENT |
|--------------------------------------------------|-----|-----|-----|------|
| Esperienze avverse nell'infanzia | ++ | +++ | ++ | ++ |
| Depressione nei genitori | + | ++ | + | + |
| Abuso di sostanze nei genitori | - | ++ | - | - |
| Basso peso nell'infanzia | +++ | | | |
| Fattori di vulnerabilità alla dieta | - | +++ | + | - |
| - Obesità nell'infanzia | - | +++ | +++ | - |
| - Obesità nei genitori | - | +++ | +++ | - |
| - Interiorizzazione dell'ideale di magrezza | | ++ | + | |
| - Insoddisfazione corporea | | ++ | ++ | |
| - Prese in giro per il peso e la forma del corpo | | ++ | ++ | |
| Perfezionismo | +++ | + | - | - |
| Bassa autostima | +++ | +++ | + | ++ |
| Emozioni negative | + | ++ | ++ | + |

AN = anoressia nervosa; BN = bulimia nervosa; BED = disturbo da binge-eating; MENT = disturbi mentali diversi dai disturbi dell'alimentazione

N.B. I fattori di rischio presenti solo nei disturbi dell'alimentazione sono definiti "specifici", mentre quelli presenti anche in altri disturbi mentali sono definiti "generici"

re il possibile ruolo di processi epigenetici (cioè fattori ambientali che influenzano l'espressione genetica producendo delle modificazioni del DNA) perché questi si verificano soprattutto nel periodo prenatale e nei primi mesi di vita. È possibile, comunque, che processi epigenetici si verificano anche nel periodo prepuberale della vita in risposta allo stress e all'introito di cibo.

Infine, studi sugli immigrati nei Paesi occidentali hanno evidenziato un aumento dello sviluppo dei disturbi dell'alimentazio-

ne a partire solo dalla seconda generazione: un'osservazione che fornisce ulteriore supporto al ruolo dei fattori sociali nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione che sono soprattutto presenti nei Paesi occidentali e in quelli influenzati dalla cultura occidentale.

In conclusione, nonostante i numerosi studi eseguiti, non si sa ancora nulla sui processi causali individuali coinvolti e su come i fattori genetici interagiscano con quelli ambientali.

Processi psicologici

La letteratura psicologica ha proposto numerose e specifiche teorie che hanno cercato di spiegare lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tra queste, quella che ha influenzato in modo più importante il trattamento basato sull'evidenza scientifica è stata la teoria cognitivo-comportamentale transdiagnostica.

In breve, la teoria sostiene che l'**eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione** è il nucleo psicopatologico dei disturbi dell'alimentazione. Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per es. relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle con disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono ad esercitare sul peso, sulla forma del corpo o sull'alimentazione (spesso su tutte e tre le caratteristiche) (**Figura 3**).

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da questo nucleo psicologico. Per esempio, i comportamenti estremi di controllo del peso (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici) e il raggiun-

gimento e il mantenimento del sottopeso, si possono facilmente manifestare se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il valore personale.

L'unico comportamento non strettamente legato allo schema di autovalutazione disfunzionale è l'episodio di abbuffata. Presente in un sottogruppo di persone con disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza della rottura delle regole dietetiche estreme e rigide o, in taluni casi, della gestione attraverso il cibo di eventi ed emozioni.

Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione, a loro volta, mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale e assieme ad esso formano i fattori di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione (**Figura 4**).

La teoria transdiagnostica propone che in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione siano presenti uno o più dei seguenti fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche): (1) perfezionismo clinico; (2) bassa autostima nucleare; (3) difficoltà interpersonali marcate; (4) intolleranza alle emozioni.

I fattori di mantenimento aggiuntivi, se presenti, interagiscono con quelli specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione.

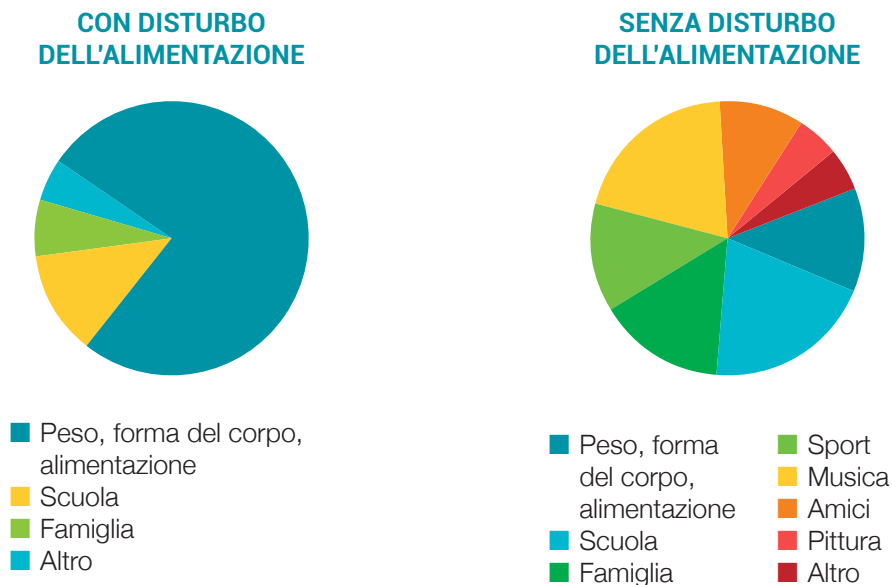


Figura 3. Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo dell'alimentazione

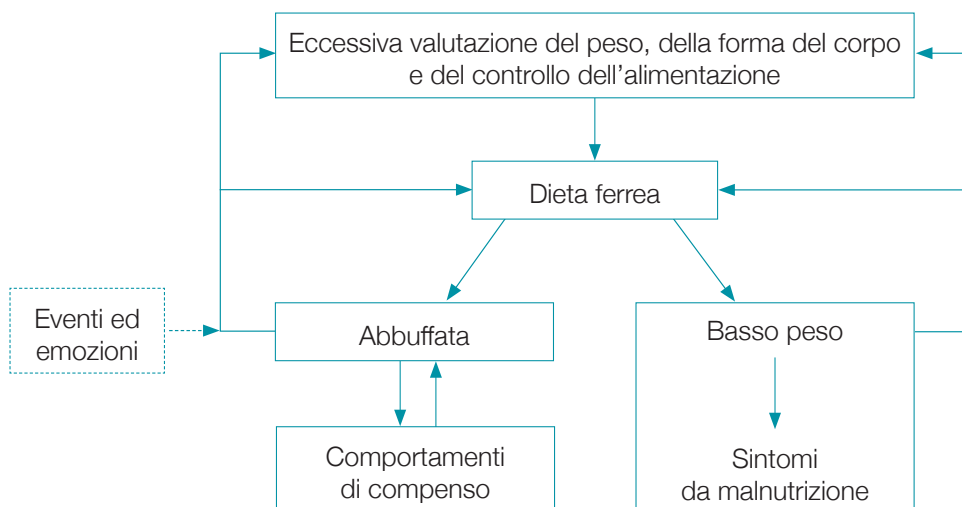


Figura 4. Formulazione transdiagnostica dei principali meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione

Adattata da <https://www.cbte.co/for-professionals/cbt-e-resources-and-handouts/>

Le conseguenze

Le aree della vita potenzialmente danneggiate dai disturbi dell'alimentazione sono quattro:

1. Salute fisica
2. Funzionamento psicologico
3. Relazioni interpersonali
4. Carriera scolastica/lavorativa.

Maggiore è la durata e la gravità del disturbo dell'alimentazione più numerose

sono le aree della vita danneggiate e più gravi sono i danni che la persona subisce. Se il disturbo dura molti anni può determinare una grave disabilità fisica e psicosociale e in alcuni casi può portare anche alla morte precoce. L'anoressia nervosa, in particolare, ha il più alto tasso di mortalità di qualsiasi disturbo mentale, ed è stato inoltre calcolato che il tasso standardizzato di mortalità per l'anoressia nervosa è 12 volte più elevato del tasso di mortalità annuale per tutte le altre cause, nelle donne di età compresa tra 15 e 24 anni.

La Figura 5 mostra le principali complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione.

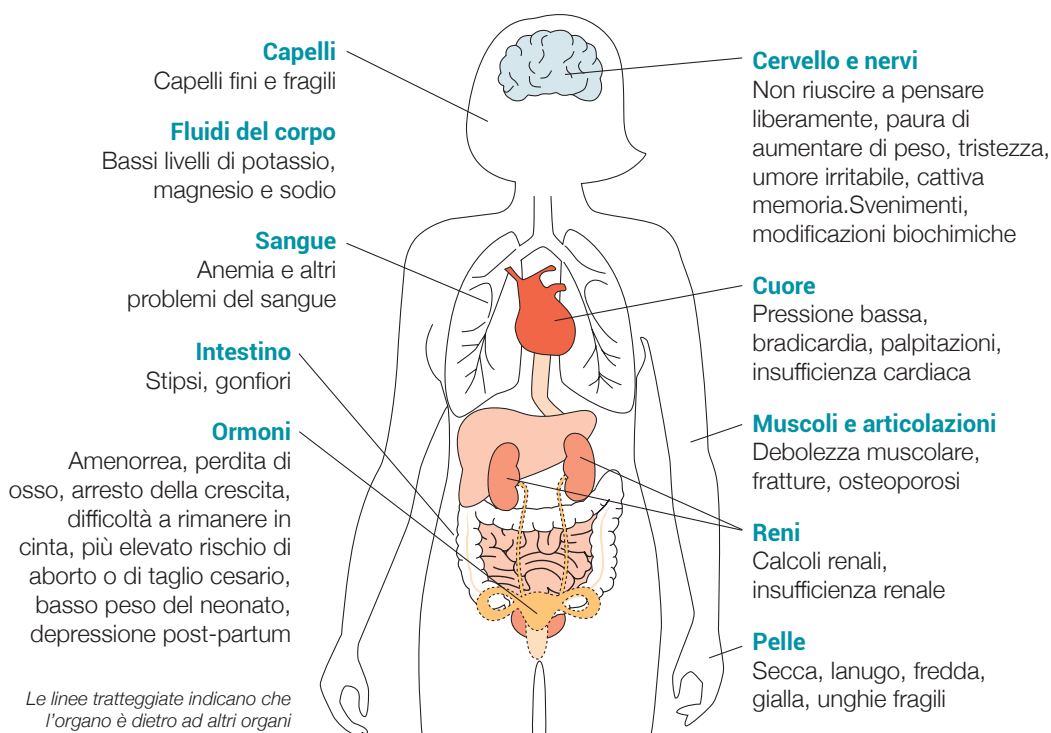


Figura 5. Principali complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione raccomandato da AIDAP

AIDAP raccomanda, per tutti i disturbi dell'alimentazione negli adulti e negli adolescenti, la **terapia cognitivo comportamentale migliorata**, nota anche come **CBT-E**. Questa raccomandazione è stata adottata perché la CBT-E è l'unico trattamento che ha dimostrato di essere efficace per curare tutti i disturbi dell'alimentazione sia negli adulti sia negli adolescenti. Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) raccomanda la CBT-E per il trattamento dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa, del disturbo da binge-eating e di altri disturbi dell'alimentazione <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.

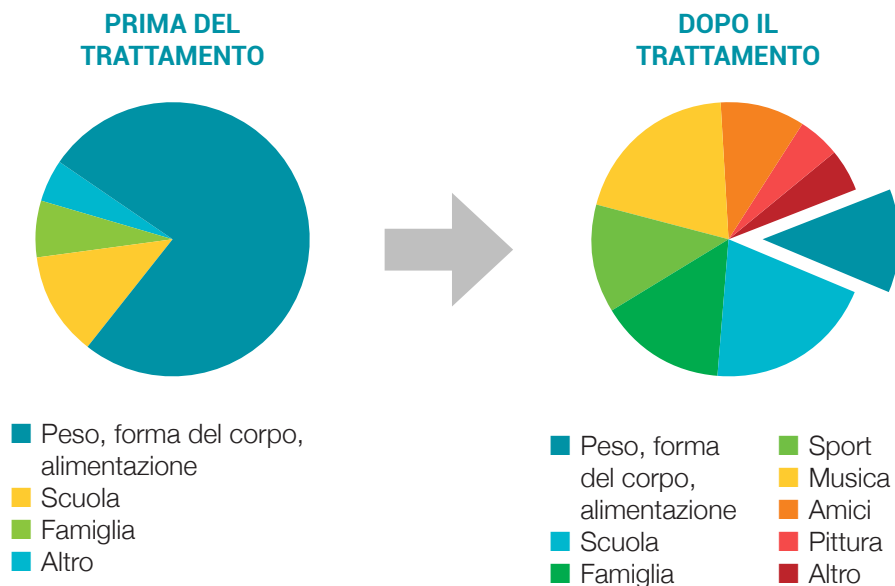
La CBT-E è derivata dalla teoria transdiagnostica ed è stata inizialmente sviluppata dal centro CREDO dell'università di Oxford (UK), come trattamento ambulatoriale per gli adulti con disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating e altri stati simili). Successivamente è stata adattata dall'équipe di Villa Garda e del centro ADA di Verona anche per gli adolescenti e per forme più intensive di cura, come il trattamento ambulatoriale intensivo.

Caratteristiche del trattamento

La CBT-E è un trattamento altamente individualizzato e, a differenza di altri trattamenti applicati nei disturbi dell'alimentazione, non adotta mai procedure coercitive e prescrittive. In altre parole, non è mai chiesto al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo può aumentare la sua reticenza a cambiare. Il paziente è aiutato a comprendere la funzione psicologica del controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, i danni che comporta, e a costruire in modo collaborativo la formulazione personalizzata dei principali processi di mantenimento del suo disturbo dell'alimentazione, che diverranno il bersaglio del trattamento. Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano, con il paziente stesso, le procedure per affrontare le varie espressioni del disturbo dell'alimentazione, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno. Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare, il trattamento non inizia o viene interrotto, ma questo accade raramente.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo principale della CBT-E è aiutare il paziente a sviluppare uno schema di autovalutazione di sé più articolato e non dipendente in modo predominante o esclusivo dal peso, dalla forma del corpo e dal controllo dell'alimentazione (Figura 6).



Gli spicchi del grafico a torta rappresentano i domini di autovalutazione del paziente. La dimensione degli spicchi del grafico a torta illustra l'importanza relativa attribuita dal paziente a ogni dominio di autovalutazione.

Figura 6. Obiettivo principale della CBT-E

Durata del trattamento

Il trattamento è pensato per avere una durata limitata nel tempo. Nelle persone che non sono sottopeso, la CBT-E ambulatoriale generalmente prevede due appuntamenti iniziali di valutazione/preparazione seguiti da circa 20 sedute individuali in 20 settimane. Nelle persone che sono sottopeso, il trattamento è più lungo, potendo spesso prevedere 40 sedute in 40 settimane. In questa versione della CBT-E, il recupero del peso è integrato con le strategie e le procedure per affrontare le problematiche psicologiche specifiche dei disturbi dell'alimentazione.

Terapeuti

La CBT-E è condotta da terapeuti che hanno completato il master Terapia e Prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità e conseguito l'Advanced Certificate nella CBT-ED. La caratteristica distintiva dei terapeuti che fanno parte dell'équipe CBT-E è che tutti utilizzano gli stessi concetti e la medesima terminologia (cioè usano lo stesso linguaggio terapeutico) e adottano strategie e procedure mutuamente compatibili (approccio multidisciplinare non eclettico).

Il contributo individuale dei vari terapeuti è determinato caso per caso, in accor-

do ai meccanismi di mantenimento operanti nel paziente. In generale, la valutazione diagnostica è sempre associata con una valutazione medica, mentre il trattamento dei pazienti è somministrato da uno psicologo. Nel caso in cui il paziente decida di affrontare il basso peso, lo psicologo è spesso affiancato da un dietista. Durante il trattamento possono essere eseguite periodiche visite mediche per valutare lo stato fisico del paziente e gestire le eventuali complicanze internistiche e psichiatriche.

Risultati del trattamento

AIDAP promuove le terapie basate su studi scientifici ben condotti e la CBT-E lo è. Infatti, gli effetti della CBT-E sono stati valutati in studi condotti in Inghilterra, Australia, Danimarca, Germania, USA e Italia. Se ci si concentra su studi in cui la CBT-E è stata somministrata bene, l'evidenza suggerisce che con i pazienti che non sono significativamente sottopeso circa i due terzi di coloro che iniziano il trattamento raggiungono una remissione piena e duratura. Nel rimanente terzo molti migliorano, ma non raggiungono la remissione. Il tasso di risposta è leggermente inferiore nei pazienti che sono sottopeso.

Allo stato attuale, i risultati della ricerca possono essere riassunti come segue:

- La CBT-E ha dimostrato di essere adatta per curare tutte le forme di disturbo dell'alimentazione riscontrate negli adulti. Questo non è vero per qualsiasi altro trattamento.

- La CBT-E in tre studi eseguiti a Verona ha dimostrato di essere un trattamento particolarmente promettente per i pazienti adolescenti.
- La CBT-E ha dimostrato di essere più efficace di altri due trattamenti psicologici ampiamente utilizzati nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione non sottopeso (psicoterapia interpersonale e psicoterapia psicoanalitica) ed egualmente efficace di altri trattamenti psicologici per i pazienti sottopeso.

Nel sito della CBT-E si trova una bibliografia aggiornata degli studi che hanno valutato gli esiti della CBT-E <https://www.cbte.co/research/efficacy-and-effectiveness/>.

Adattamenti e applicazioni

La CBT-E, oltre ad essere disponibile per adulti e adolescenti con tutti i disturbi dell'alimentazione è stata adattata per essere somministrata durante un day-hospital o un ricovero riabilitativo per disturbi dell'alimentazione.

Informazioni sull'Obesità



Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'obesità è definita come un anomalo o eccessivo accumulo di grasso che determina un rischio per la salute. L'obesità è il principale fattore di rischio per una serie di malattie croniche, tra cui il diabete, le malattie cardiovascolari e il cancro. Sebbene una volta fosse considerato un problema solo nei paesi ad alto reddito, oggi l'obesità è in aumento anche nei Paesi a basso e medio reddito, in particolare negli ambienti urbani.

Indice di Massa Corporea e circonferenza vita

L'Indice di Massa Corporea (IMC) è comunemente usato per classificare l'obesità negli adulti perché si correla con la quantità di massa grassa corporea. Esso si calcola dividendo il peso in chili con l'altezza al quadrato in metri (kg/m^2). Ad esempio, un adulto di 65 kg con un'altezza di 170 cm ha un IMC di 22,5. Una persona ha una condizione di sovrappeso se il suo IMC è tra 25 e 29,9 e di

obesità se il suo IMC è uguale o maggiore di 30 (vedi Tabella 3).

È da sottolineare che l'IMC è una misura valida per stimare i livelli di peso corporeo quando è riferita alla popolazione, mentre nel singolo individuo può fornire informazioni inaccurate perché è influenzato dalla composizione corporea. Per esempio, alcune persone con molta massa magra, come alcuni atleti, potrebbero essere considerati in sovrappeso, mentre hanno livelli normali o bassi di massa grassa.

Molto più importante della percentuale di massa grassa è la distribuzione del tessuto adiposo nel corpo. Il tessuto adiposo localizzato nella regione addominale è, infatti, associato a un più elevato rischio per la salute di quello localizzato in regioni periferiche, come ad esempio l'area gluteo-femorale. Un individuo ha un'eccessiva quantità di grasso addominale se la sua circonferenza vita è:

- Uomini > 102 cm
- Donne > 88 cm

Tabella 3. Classificazione del peso in base all'IMC

| CLASSIFICAZIONE | IMC (kg/m^2) | RISCHIO DI COMORBILTÀ |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Sottopeso | <18,5 | Complicanze legate alla denutrizione |
| Normopeso | 18,5-24,9 | Normale |
| Sovrappeso | 25,0-29,9 | Aumentato |
| Obesità classe I | 30,0-34,9 | Moderato |
| Obesità classe II | 35,0-39,9 | Grave |
| Obesità classe III | >40,0 | Molto grave |

Adattata da Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneve, June 1997

La circonferenza vita va misurata al di sopra del margine superiore della cresta iliaca, come indicato nella Figura 7. La misurazione della circonferenza vita è utile per le persone che hanno un IMC minore di 35; al di sopra di tale valore la circonferenza vita non aggiunge alcun potere di malattia; per questo motivo non è necessario misurarla se l'IMC è maggiore o uguale a 35.

La presenza di una quantità eccessiva di grasso a livello addominale si associa spesso a vari fattori di rischio cardiovascolari che assieme costituiscono quello che i medici chiamano “sindrome metabolica”. La sindrome metabolica si ha quando un individuo ha almeno tre dei fattori elencati nella Tabella 4. Numerosi studi hanno evidenziato che la sindrome metabolica aumenta il rischio di diabete di tipo 2 e di malattie cardiovascolari.

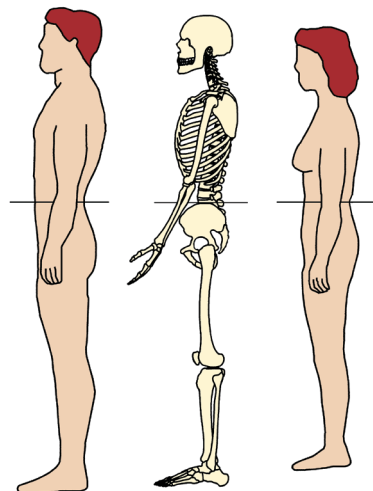


Figura 7. La misurazione della circonferenza vita

Tabella 4. I criteri per identificare la sindrome metabolica*

- 1. Obesità addominale (Circonferenza vita)**
 - a. Uomini >102 cm
 - b. Donne >88 cm
- 2. Trigliceridemia >150 mg/dL**
- 3. HDL-Colesterolemia**
 - a. Uomini <40 mg/dL
 - b. Donne <50 mg/dL
- 4. Pressione arteriosa >130 / >85 mm Hg**
- 5. Glicemia a digiuno >100 mg/dL**

* La diagnosi è stabilita quando tre o più di queste condizioni sono presenti

Grundy, S. M., et al. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 112, 2735-52

Prevalenza

La prevalenza del sovrappeso e dell'obesità ha mostrato un incremento costante dopo la Seconda guerra mondiale. Negli ultimi anni, però, si è verificata un'esplosione di casi, sia negli adulti che nei bambini, non solo nei Paesi sviluppati ma anche in quelli in via di sviluppo. Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per descrivere questo preoccupante fenomeno ha coniato il termine “epidemia globale dell'obesità”.

Nel 2016, secondo l'OMS, oltre 1,9 miliardi di adulti di età pari o superiore a 18

anni erano in sovrappeso. Di questi oltre 650 milioni di adulti avevano una condizione di obesità. Il 39% degli adulti di età pari o superiore a 18 anni (39% degli uomini e 40% delle donne) era in sovrappeso, mentre il 13% della popolazione adulta del mondo (11% di uomini e 15% di donne) aveva una condizione di obesità. La prevalenza mondiale dell'obesità è quasi triplicata tra il 1975 e il 2016.

Sempre secondo l'OMS nel 2016, circa 41 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni erano in una condizione di sovrappeso o di obesità. La prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni è aumentata drammaticamente da solo il 4% nel 1975 a

poco più del 18% nel 2016. L'aumento è avvenuto in modo simile tra i ragazzi e le ragazze: nel 2016 il 18% delle ragazze e il 19% dei ragazzi era in sovrappeso. Mentre nel 1975 poco meno dell'1% dei bambini e degli adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni aveva una condizione di obesità, nel 2016 questa percentuale è salita 6% nelle ragazze e nell'8% nei ragazzi.

In Italia i dati ISTAT dell'indagine multiscopo del 2018 indicano che il 10,5% della popolazione adulta ha una condizione di obesità e il 35,4% è in sovrappeso (vedi Tabella 5). L'obesità è più frequente nell'Italia del sud e nella popolazione a basso reddito e scolarità.

Tabella 5. Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso e con obesità per genere e per classe di età

| CLASSI DI ETÀ | SOVRAPPESO | | | CON OBESITÀ | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
| 18-24 | 20,4 | 11,3 | 15,9 | 4,4 | 3,0 | 3,7 |
| 25-34 | 31,8 | 16,9 | 24,4 | 5,8 | 4,8 | 5,3 |
| 35-44 | 42,9 | 21,2 | 32,1 | 9,6 | 6,2 | 7,9 |
| 45-54 | 45,6 | 27,4 | 36,4 | 13,8 | 8,8 | 11,3 |
| 55-64 | 49,4 | 33,9 | 41,4 | 16,0 | 11,8 | 13,9 |
| 65-74 | 53,4 | 40,1 | 46,3 | 16,5 | 15,6 | 16,0 |
| 75+ | 49,3 | 40,0 | 43,8 | 13,5 | 12,8 | 13,1 |
| Totale | 43,0 | 28,4 | 35,4 | 11,8 | 9,4 | 10,5 |

Fonte dei dati: ISTAT. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018.

Sempre secondo dati ISTAT dell'indagine multiscopo del 2018 l'eccesso di peso nei minori è presente nel 24,2% della popolazione (20,8% femmine, 27,3% maschi) con una maggiore prevalenza di obesità nel sud Italia.

diazione fisiologica dell'introito calorico e del dispendio energetico (vedi Figura 8).

Genetica

I fattori genetici nello sviluppo dell'obesità hanno assunto un ruolo sempre più importante. Alcuni studi hanno trovato che i bambini adottivi hanno un peso più simile ai loro genitori biologici rispetto a quello dei loro genitori adottivi e che i gemelli omozigoti, anche se cresciuti in ambienti diversi, mostrano elevati livelli di correlazione nel peso. Sappiamo anche che il rischio di obesità nelle famiglie dei soggetti con obesità è due volte superiore rispetto alla popolazione generale e che il rischio aumenta notevolmente con l'innalzarsi dell'IMC. Recentemente è stato stimato, da studi effettuati sui gemelli, che l'ereditabilità dell'IMC varia dal 40% al 70%.

Cause

Negli anni Novanta i fondamentali progressi della ricerca scientifica hanno portato a capire che l'obesità non è un singolo disturbo ma un gruppo eterogeneo di condizioni con cause multiple. In generale, oggi sappiamo che il peso corporeo di un individuo è determinato dall'interazione multipla e complessa di fattori genetici, comportamentali e ambientali che agiscono attraverso la me-

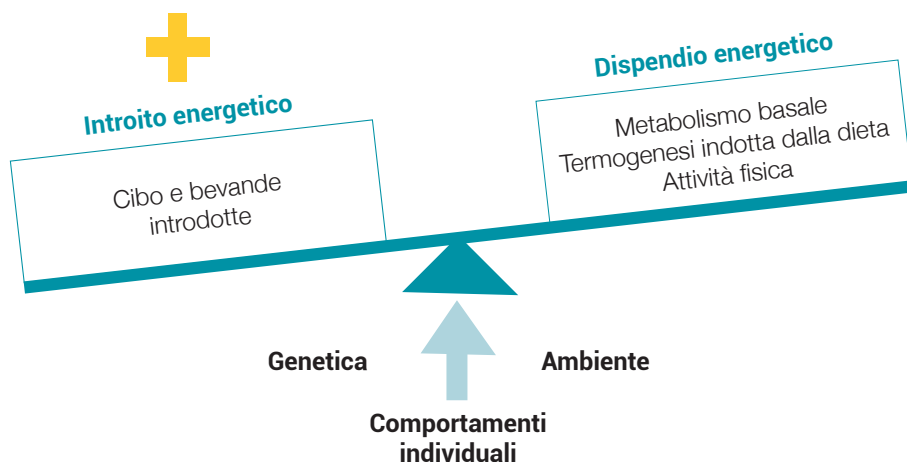


Figura 8. Le cause dell'obesità

È noto che un singolo o un multiplo effetto genetico è responsabile solo di alcune rare forme di obesità umana, mentre nella maggior parte dei casi il ruolo della genetica sembra essere svolto da numerosi geni di suscettibilità. Questi geni aumentano il rischio di sviluppare l'obesità quando l'individuo è esposto ad un ambiente avverso (interazione genetica-ambiente).

Gli studi che hanno usato la metodica GWAS hanno identificato più di 180 loci associati con l'IMC e la distribuzione del grasso corporeo (misurato con il rapporto vita-fianchi). Alcuni di questi loci contengono geni che giocano un ruolo nell'influenzare il bilancio energetico e una larga proporzione di loci associati all'obesità/IMC sono espressi nel cervello con varianti che sembrano essere associati con un incremento dell'introito energetico piuttosto che con un decremento del dispendio energetico. Va comunque sottolineato che le varianti genetiche identificate spiegano meno del 3% della varianza dell'IMC e che siamo ancora molto lontani dall'aver una buona comprensione di quali sono i fattori genetici implicati e come agiscono nel favorire lo sviluppo e il mantenimento dell'obesità.

Fattori ambientali

Dati che supportano l'importanza dei fattori ambientali nello sviluppo dell'obesità derivano da varie fonti. Un'osservazione comune è l'aumento di obesità negli individui che emigrano nelle società occidentali rispetto a quelli che rimangono nel loro Paese d'origine. Esempi includono i giapponesi emigrati alle Hawaii o in California che hanno un

peso significativamente superiore rispetto ai loro parenti rimasti in Giappone. Un fenomeno simile è stato osservato anche tra i cinesi e gli africani emigrati nei Paesi occidentali. In Cina e in Giappone, ad esempio, l'aumento del consumo di grassi è andato in parallelo con l'incremento del sovrappeso. Negli USA, infine, l'aumentato tempo speso davanti alla televisione è coinciso con l'incremento del sovrappeso nei bambini.

Queste osservazioni dimostrano che i fattori socio-culturali rivestono un'importanza fondamentale nello sviluppo del sovrappeso e dell'obesità e che l'ambiente condiziona in modo decisivo il comportamento alimentare e i livelli di attività fisica delle persone, soprattutto in quelle predisposte geneticamente all'obesità (vedi sopra).

Il processo di modernizzazione e di transizione economica, osservato nella maggior parte delle nazioni del mondo, ha portato a una progressiva industrializzazione e a un'economia basata sul commercio all'interno di un mercato globale. Tale cambiamento ha determinato notevoli miglioramenti nello standard di vita, ma anche alcune conseguenze negative sullo stile di vita che hanno favorito il propagarsi del sovrappeso e dell'obesità. L'industria del cibo ha modificato la qualità degli alimenti abitualmente consumati; la stagionalità del cibo è stata superata, le porzioni degli alimenti sono diventate sempre più abbondanti e la disponibilità alimentare di cibi ipercalorici, ricchi di grassi a basso costo distribuiti nei supermercati supera di gran lunga il fabbisogno. Accanto a una modificazione dello stile e della qualità dell'alimentazione, il trasporto motorizzato, gli elettrodomestici

e i macchinari per il lavoro hanno costretto i cittadini a una vita sempre più sedentaria sul lavoro e nel tempo libero.

Fattori comportamentali

I fattori comportamentali, influenzati dall'ambiente (incluso l'educazione e i modelli familiari) e dalla genetica, sono il fattore chiave nel determinare lo sviluppo di obesità.

Numerosi studi hanno ripetutamente evidenziato che l'eccessivo introito di grassi dietetici e di calorie in generale sono il principale responsabile dello sviluppo dell'obesità. Inoltre, nei Paesi sviluppati l'aumentata prevalenza dell'obesità è andata in parallelo con la diminuzione dei livelli di attività fisica e l'aumento dei comportamenti sedentari.

Interazione genetica-ambiente

Un esempio dell'interazione genetica-ambiente ci viene dagli indiani Pima dell'Arizona-

na (USA), una popolazione geneticamente predisposta all'obesità, nei quali le modificazioni dello stile di vita hanno determinato un'epidemia di obesità e diabete. Oggi gli indiani Pima che vivono nella riserva dell'Arizona consumano una dieta ricca di grassi (50% di grassi), grazie all'alimentazione fornita dal governo, e sono molto sedentari. In contrasto, gli indiani Pima, che continuano a vivere in Messico nelle montagne della Sierra Madre, hanno una più bassa incidenza di obesità e diabete rispetto ai loro parenti genetici che vivono in Arizona perché, isolati dalle influenze occidentali, consumano una dieta tradizionale (15% di grassi) e grazie al lavoro di agricoltori svolgono uno stile di vita attivo (vedi Figura 9).

Un'altra prova convincente dell'interazione genetica-ambiente deriva dagli studi in cui gli effetti delle varianti del locus genetico FTO (associato alla massa grassa e all'obesità) sono di circa il 30% più bassi nelle persone che sono fisicamente attive rispetto

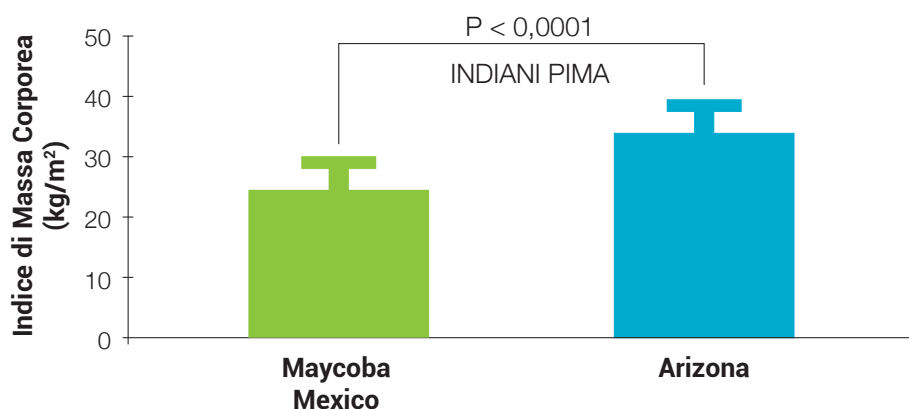


Figura 9. Interazione genetica-ambiente nello sviluppo dell'obesità

alle sedentarie, e ridotti in quelle che adottano una dieta salutare, rispetto a quelle che seguono una dieta non salutare.

Recentemente si sta studiando se la nutrizione durante la gravidanza e al momento del concepimento possa spiegare le differenze individuali nel tasso di obesità. Il meccanismo sembrerebbe legato a processi epigenetici (cioè fattori ambientali che influenzano l'espressione genetica producendo delle modificazioni del DNA) perché questi si verificano soprattutto nel periodo prenatale e nei primi mesi di vita. È possibile comunque che processi epigenetici si verifichino anche nel corso della vita in risposta all'età, allo stress, all'esercizio fisico e all'introito di cibo.

Altri fattori

Le patologie mediche che aumentano il rischio di obesità includono diverse sindromi genetiche rare e alcune malattie come l'ipotiroidismo, la sindrome di Cushing, il deficit dell'ormone della crescita, alcuni disturbi dell'alimentazione (es. il disturbo da binge-eating e la sindrome da alimentazione notturna). Inoltre, il rischio di sovrappeso e obesità è maggiore nei pazienti con disturbi psichiatrici.

Alcuni farmaci possono aumentare il rischio di obesità. Tra questi i più comuni sono l'insulina, le sulfaniluree e i tiazolidinedioni per la cura del diabete, gli antipsicotici atipici, gli antidepressivi e gli anticonvulsivanti (fenitoina e valproato) per la cura di alcune malattie psichiatriche e neurologiche, gli steroidi, i beta bloccanti e alcuni contraccettivi ormonali.

Infine, alcuni agenti infettivi potrebbero influenzare il metabolismo e favorire lo sviluppo di obesità. È stato dimostrato, ad esempio, che la flora intestinale differisce tra soggetti magri e obesi e che questa potrebbe influenzare la capacità di assorbimento dei nutrienti del cibo. Non si sa però ancora se tali differenze siano la causa diretta o il risultato dell'obesità. Inoltre, è stata osservata un'associazione tra virus e obesità sia negli esseri umani sia in numerose specie animali diverse. Anche questa correlazione è però ancora da determinare con precisione.

Conseguenze

Mortalità

Numerosi studi hanno evidenziato che l'obesità si associa a un incremento di tutte le cause di morte. L'incremento della mortalità è modesto fino ad un IMC di 30, ma quando supera tale valore è notevole (fino al 50-100% in più rispetto alle persone con un IMC compreso nell'intervallo di 20-24,9) (vedi Figura 10).

Malattie non trasmissibili e disabilità

L'obesità aumenta significativamente il rischio di:

- Malattie cardiovascolari (soprattutto malattie cardiache e ictus), che sono state la maggior causa di morte nel 2008

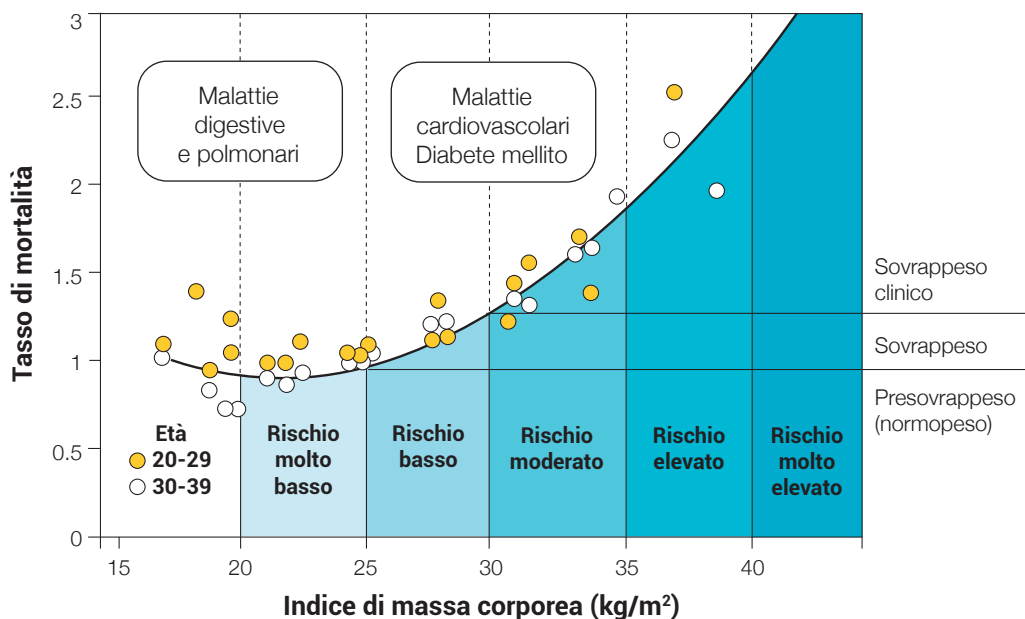


Figura 10. Relazione tra IMC e mortalità

- Diabete
- Disturbi muscoloscheletrici (artrosi)
- Alcuni tipi di cancro (endometrio, mammella e colon)

L'obesità, inoltre, si associa a numerose complicanze mediche illustrate nella Figura 11.

Negli ultimi anni si è osservata la presenza di un'importante associazione tra obesità e disabilità in attività quotidiane della vita come camminare, salire scalini, allacciarsi le scarpe, ecc. L'associazione è soprattutto mediata dall'eccessiva massa corporea, dall'osteoartrosi a carico di ginocchio e anca e dalla perdita fisiologica di massa magra nell'anziano (sarcopenia). Le funzioni compromesse sono soprattutto quelle

relative agli arti inferiori (forza e mantenimento dell'equilibrio) e alla tolleranza allo sforzo.

Problemi psicologici

Le principali problematiche psicologiche osservate nei soggetti affetti da obesità, in particolare l'immagine corporea negativa, sembrano essere la conseguenza di un ambiente sociale avverso, che esercita una profonda discriminazione nei confronti di chi ha un corpo di dimensioni superiori alla media.

Le problematiche sociali che le persone affette da obesità incontrano nella vita di tutti i giorni sono molteplici e, nella mag-

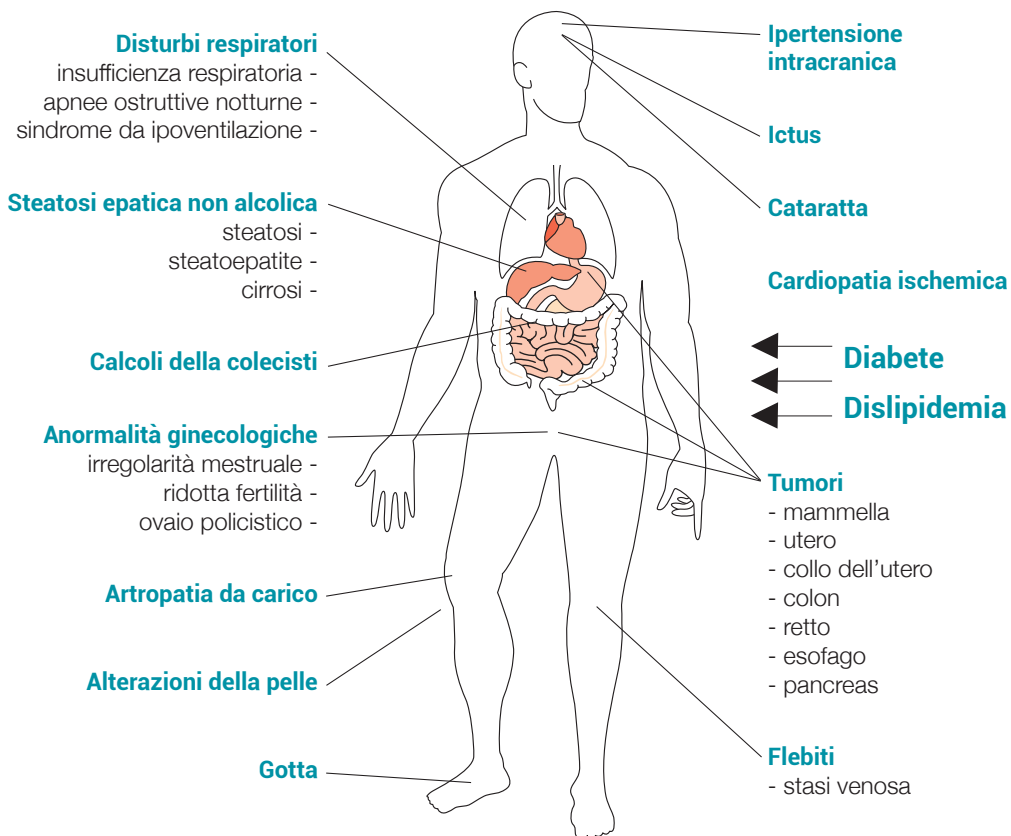


Figura 11. Le molteplici complicanze mediche associate all'obesità

gior parte dei casi, sono la conseguenza del pregiudizio presente nella nostra società nei confronti di chi ha un peso eccessivo. Il pregiudizio sociale favorisce lo sviluppo di depressione, disturbi d'ansia, bassa autostima, immagine corporea negativa e pensieri suicidari (Figura 12).

Alcuni esempi di discriminazione sociale abitualmente subita dai soggetti che hanno una condizione di obesità includono:

- Essere presi in giro a scuola dai coetanei e dagli insegnanti.

- Essere esclusi dalle attività sportive extrascolastiche.
- Essere discriminati e giudicati meno efficienti nel lavoro.
- Avere maggiore difficoltà a trovare un/una compagno/a e spesso sposarsi con una persona di classe sociale inferiore.
- Non trovare vestiti alla moda.
- Ricevere commenti negativi nei confronti del peso e della forma del corpo.
- Essere discriminati e giudicati dai medici come persone prive di forza di volontà. La stigmatizzazione in ambito sani-

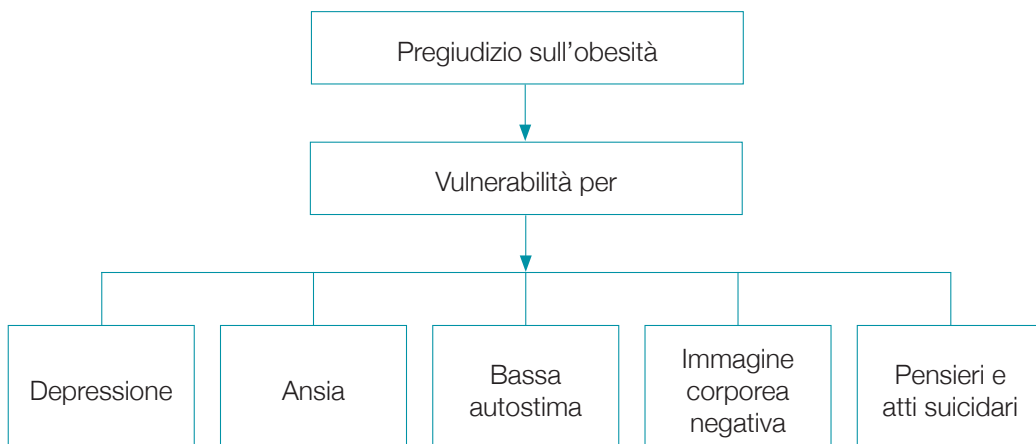


Figura 12. Conseguenze psicologiche del pregiudizio nei confronti dell'obesità

tario è preoccupante perché può portare l'individuo con obesità a evitare le cure e a peggiorare le proprie condizioni di salute (Figura 13).

Molte persone con obesità hanno una valutazione negativa del loro corpo, si considerano brutte e talora disgustose; alcune hanno continui pensieri e preoccupazioni sul peso e sulla forma del corpo e adottano peculiari comportamenti, come ad esempio evitare di esporre il proprio corpo. Spesso soffrono di depressione e di bassa autostima e hanno relazioni interpersonali problematiche. L'immagine corporea negativa è anche uno dei principali fattori implicati nel recupero del peso perso perché genera emozioni negative che favoriscono l'alimentazione incontrollata e una scarsa cura di sé.

Il trattamento raccomandato da AIDAP

AIDAP raccomanda per l'obesità negli adulti e negli adolescenti la **terapia cognitivo comportamentale dell'obesità**, nota anche come **CBT-OB**. Questo trattamento, valutato in Italia da rigorose ricerche è stato sviluppato per superare i limiti del tradizionale modello biomedico prescrittivo comunemente usato per trattare le persone affette da obesità.

Il modello biomedico dell'obesità include tre elementi principali: (i) la diagnosi di obesità e delle complicanze associate; (ii) la prescrizione di una dieta ipocalorica associata a raccomandazioni sull'attività fisica e, in alcuni casi, a farmaci per la perdita di peso; (iii) la forza di volontà del paziente



Figura 13. Il ciclo del pregiudizio dei sanitari nei confronti dell'obesità

che influenzerà la sua abilità di aderire ai cambiamenti comportamentali richiesti per perdere peso.

Il trattamento biomedico dell'obesità ha il vantaggio di essere semplice e facilmente disseminabile, ma fallisce nella maggior parte dei casi. Infatti, è caratterizzato da un tasso di abbandono molto elevato (circa il 50%), una scarsa perdita di peso (circa il 5%) e dal recupero del peso perso a lungo termine. Inoltre, questo trattamento promuove spesso sensi di colpa e sentimenti di fallimento nel paziente, che tende ad attribuire il suo scarso miglioramento alla sua mancanza di forza di volontà, piuttosto che all'inadeguatezza del trattamento.

Le numerose e accurate ricerche eseguite negli ultimi anni hanno però dimostrato che la difficoltà a perdere e a mantenere il peso, in passato attribuita soprattutto alla scarsa forza di volontà del paziente, è dovu-

ta a fattori biologici, ambientali, comportamentali (abitudini), cognitivi (modo di pensare) ed emotivi che, interagendo in modo complesso tra loro, ostacolano la perdita di peso (Figura 14).

Gli ostacoli ambientali, comportamentali, cognitivi ed emotivi, sono però quasi sempre trascurati nei tradizionali programmi che si basano sulla prescrizione della dieta e dell'attività fisica. Questo è probabilmente uno dei principali motivi del fallimento dei trattamenti basati sul modello biomedico: non aiutano, infatti, il paziente ad affrontare questi ostacoli e ad acquisire le conoscenze e le abilità necessarie per sviluppare uno stile di vita e un atteggiamento mentale di controllo del peso a lungo termine. Il risultato è che nella maggior parte dei casi il paziente perde poco peso e poi recupera l'intero peso perso.

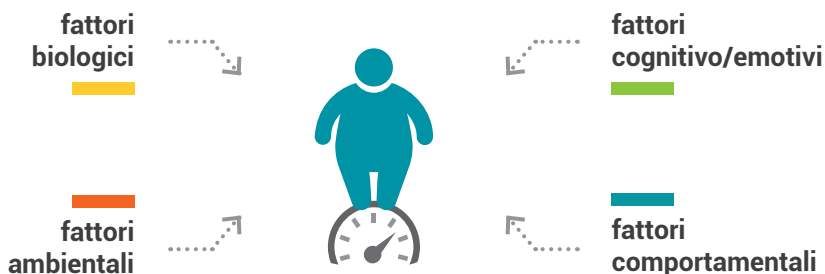


Figura 14. I principali ostacoli alla perdita di peso

La terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (CBT-OB)

L'analisi degli ostacoli alla perdita e al mantenimento del peso ha portato a sviluppare in Italia un nuovo programma per il trattamento dell'obesità, chiamato CBT-OB, che integra l'alimentazione sana ed equilibrata e lo stile di vita attivo, con innovative procedure psicologiche (Figura 15) ideate per affrontare gli stimoli ambientali e modificare le abitudini e i processi cognitivi/emotivi che la ricerca ha trovato essere associati con l'interruzione del trattamento, la perdita di peso e il mantenimento del peso (Tabella 6).

La CBT-OB è stata inizialmente sviluppata, come trattamento ambulatoriale individuale per gli adulti con disturbi dell'alimentazione, ma poi è stata adattata anche per gli adolescenti, per le persone con disturbo da binge-eating associato all'obesità e per essere somministrata in gruppo.

La CBT-OB, integrando l'alimentazione sana ed equilibrata e lo stile di vita attivo con le più moderne procedure e strategie della terapia cognitivo comportamentale, ha

l'obiettivo di aiutare il paziente a sviluppare uno stile di vita e uno stato mentale di controllo del peso a lungo termine. Durante il trattamento il paziente diventa esperto nella gestione del suo peso, è in grado di pianificare da solo il piano alimentare e di attività fisica per perdere e mantenere il peso. Inoltre, apprende le più moderne strategie e procedure psicologiche basate sulla terapia cognitivo comportamentale per affrontare gli ostacoli alla perdita e al mantenimento del peso.

Caratteristiche del trattamento

La CBT-OB è un trattamento personalizzato che affronta i principali processi che promuovono e ostacolano la perdita e il mantenimento del peso. A differenza di altri trattamenti applicati nell'obesità, non adotta mai procedure prescrittive. In altre parole, non è mai chiesto al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo può aumentare la sua reticenza a cambiare. Il trattamento si basa sullo sviluppo di un rapporto di collaborazione in cui



Figura 15. Le tre componenti del trattamento dell'obesità del centro ADA

Tabella 6. Fattori cognitivi associati all'interruzione, alla perdita di peso e al mantenimento del peso

Fattori associati all'interruzione del trattamento

- Più elevate aspettative di perdita peso
- Obiettivo primario di perdita di peso basato sull'aspetto fisico
- Insoddisfazione per la perdita di peso ottenuta durante il trattamento

Fattori associati alla perdita di peso

- Aumento della restrizione dietetica cognitiva e riduzione della disinibizione alimentare cognitiva
- Maggiori aspettative di perdita di peso

Fattori associati al mantenimento del peso

- Soddisfazione per i risultati raggiunti
 - Pensare di essere in grado di perdere peso
 - Riduzione della soddisfazione per la perdita di peso dalla settimana 15 alla 19 della fase di perdita di peso (si associa al recupero di peso)
-

Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2014). The influence of cognitive factors in the treatment of obesity: Lessons from the QUOVADIS study. *Behaviour Research and Therapy*, 63(0), 157-161.

terapeuta e paziente lavorano insieme come una squadra per affrontare il problema dell'eccesso di peso (empirismo collaborativo). Il paziente è incoraggiato a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come una priorità.

Il paziente è educato sul suo bilancio energetico, su come implementare un piano alimentare e di attività fisica per perdere peso e a costruire in modo collaborativo la formulazione personalizzata dei principali processi che ostacolano la perdita di peso, che diverranno il bersaglio del trattamento. Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano, con il paziente stesso, le procedure per affrontare gli ostacoli evidenziati, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno.

Obiettivi del trattamento

La CBT-OB ha tre obiettivi principali: (i) raggiungere, accettare e mantenere una perdita di peso salutare; (ii) adottare uno stile di vita che favorisca il controllo del peso; (iii) sviluppare uno “stato mentale di controllo del peso” stabile.

Terapeuti

Il trattamento è condotto da un'equipe multidisciplinare specializzata nella CBT-OB. Tutti i membri dell'equipe hanno completato il master Terapia e Prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità e conseguito l'*Advanced Certificate in CBT-OB*.

Il contributo individuale dei vari terapeuti è determinato caso per caso, in accordo ai meccanismi di mantenimento

operanti nel paziente e descritti nella sua formulazione personalizzata. In generale, la valutazione diagnostica è sempre associata con una valutazione medica, mentre il trattamento è condotto da un dietista-nutrizionista. Nel caso le problematiche psicologiche sembrino essere un importante fattore di mantenimento dell'obesità, sono previsti anche incontri periodici con uno psicologo specializzato nel trattamento dell'obesità.

Adattamenti e applicazioni

La CBT-OB è stata recentemente adattata per essere somministrata in gruppo durante il day-hospital o un ricovero riabilitativo per l'obesità.



RICERCA **e** PREVENZIONE
DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E OBESITÀ

AIDAP RICERCA E
PREVENZIONE SOSTIENE
CHE OGNI PERSONA
ABBIA IL DIRITTO DI
RICEVERE I MIGLIORI
TRATTAMENTI DISPONIBILI
NEL CAMPO DEI DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE E
DEL PESO

AIDAP Ricerca e Prevenzione è una nuova associazione affiancata all'AIDAP, che operando nel mondo non profit, si occupa di ricerca scientifica, epidemiologia, fattori di rischio, caratteristiche cliniche, complicanze nel trattamento e prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e del peso. L'associazione si occupa anche di organizzare e gestire attività culturali, artistiche o ricreative d'interesse sociale, incluse attività, anche editoriali, di promozione e diffusione della cultura e della pratica del volontariato in ambito medico, psicologico, pedagogico, sociale e dietetico.

Mission

Comprendere i fattori di rischio

Alcuni fattori biologici, psicologici e socio-culturali sono stati identificati come potenziali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione e del peso.

AIDAP Ricerca e Prevenzione si pone l'obiettivo di:

- Aiutare a identificare le persone che sono vulnerabili a sviluppare questi disturbi
- Facilitare lo sviluppo di strumenti diagnostici e di screening, approcci di prevenzione e strategie di intervento precoce
- Identificare caratteristiche cliniche che permettano di sviluppare trattamenti efficaci.

Sviluppare trattamenti efficaci e accessibili

Abbiamo un bisogno vitale di avere maggiori e migliori opzioni di trattamento per le persone affette da disturbi dell'alimentazione.

Anche con i migliori trattamenti disponibili solo il 50% dei casi raggiunge una remissione piena e duratura. Inoltre, i trattamenti psicologici evidence-based disponibili sono scarsamente applicati nei centri clinici specialistici pubblici e privati.

L'obiettivo di AIDAP Ricerca e Prevenzione è finanziare gli studi clinici finalizzati a:

- Migliorare i trattamenti psicologici esistenti
- Esplorare e ideare nuovi trattamenti psicologici
- Sviluppare modelli sperimentali necessari per testare le terapie prima della loro applicazione nei pazienti
- Valutare in studi di coorte e controllati l'efficacia di specifici trattamenti psicologici
- Disseminare i trattamenti psicologici evidence-based nei centri clinici pubblici e privati che trattano questi disturbi

Sviluppare programmi di prevenzione efficaci

Negli ultimi 20 anni sono stati ideati e testati, soprattutto nei Paesi anglosassoni, numerosi programmi di prevenzione, con risultati spesso deludenti.

I programmi di prevenzione universale (cioè diretti a un intero gruppo di una po-

popolazione non identificato in base al rischio, ad esempio, tutti i soggetti adolescenti) hanno determinato un miglioramento delle conoscenze dei partecipanti, ma non un cambiamento delle loro attitudini e dei loro comportamenti.

Risultati migliori sono stati ottenuti dai programmi di prevenzione selettiva (cioè diretti al sottogruppo della popolazione che ha un rischio di sviluppare questi disturbi al di sopra della media), ma questi sono scarsamente applicati in Italia.

L'obiettivo di AIDAP Ricerca e Prevenzione è finanziare gli studi finalizzati a:

- Identificare specifici fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione da affrontare nei programmi di prevenzione
- Sviluppare modelli sperimentali necessari per testare i programmi di prevenzione prima della loro applicazione
- Valutare in studi controllati l'efficacia dei programmi scolastici di prevenzione
- Sensibilizzare la popolazione, gli stakeholder della salute e la classe politica nel creare un ambiente più sano che non aumenti il rischio di far sviluppare disturbi dell'alimentazione

Fornire sovvenzioni per finanziare progetti di ricerca innovativi

AIDAP Ricerca e Prevenzione sta lavorando per supportare i ricercatori e le istituzioni in modo che possano condurre ricerche innovative, all'avanguardia nell'ambito dei disturbi dell'alimentazione e delle problematiche psicologiche connesse all'obesità. Questo permetterà di:

- Migliorare la nostra comprensione e capacità di trattare questi disturbi
- Consentire ai ricercatori, attraverso studi pilota preliminari, di generare e esplorare teorie ed ipotesi innovative che sono necessarie per ottenere sostanziali finanziamenti da parte di enti statali, privati, industriali e altri enti erogatori
- Attrarre importanti ricercatori di altri settori che hanno esperienza e risorse che sono urgentemente necessarie nel campo dei disturbi dell'alimentazione e del peso

Progetti di ricerca finanziati

AIDAP Ricerca e Prevenzione sta finanziando i seguenti progetti di ricerca:

- Programma di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione "Claudia Carraro"
- Valutazione dei fattori che influenzano la ricaduta dopo la conclusione del trattamento in pazienti con anoressia nervosa
- Migliorare l'efficacia del trattamento nei pazienti con obesità

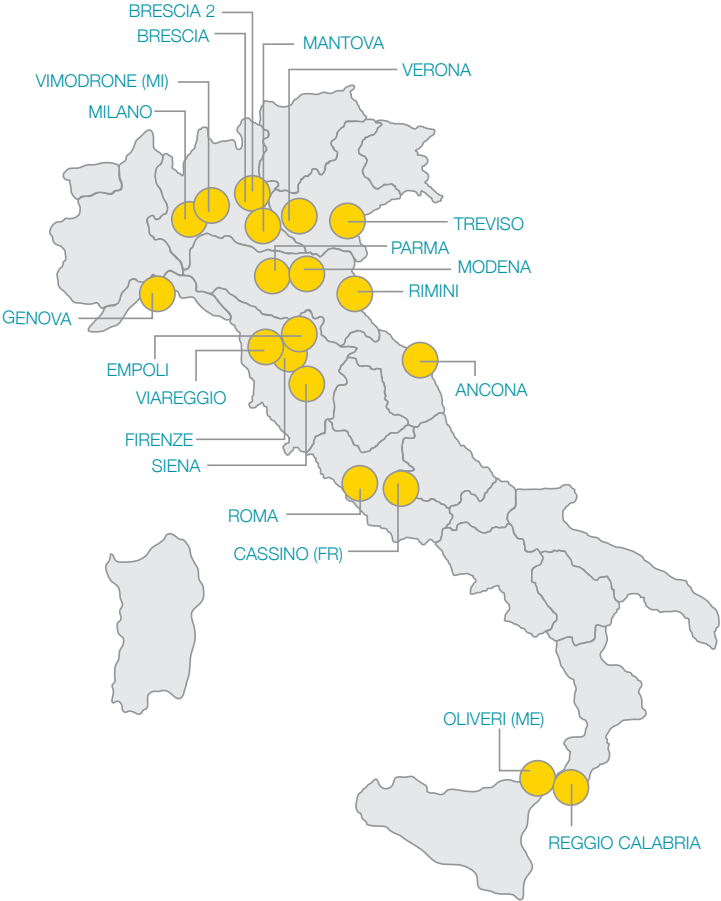
Donazioni

L'attività di AIDAP Ricerca e Prevenzione può essere finanziata con:

- Bonifico bancario intestato all'Associazione AIDAP Ricerca e Prevenzione: IBAN: **IT39 W 02008 11723 000105591685**
- Online <https://www.aidapricercaeprevenzione.org/donazioni/>



Unità Operative Locali AIDAP



CALABRIA

AIDAP Reggio Calabria

Minutolo Giovanni e Minutolo Alessandra

☎ 0965 25864 - 347 0056700

✉ aidap.rc@virgilio.it

EMILIA ROMAGNA

AIDAP Modena

Zini Dante e Giovanardi Elena

☎ 059247411 - 0594926999 - 3355717828

✉ aidapmodena0@gmail.com

AIDAP Parma

Fornaro Lorella

☎ 0521 062187

✉ aidap.parma@libero.it

AIDAP Rimini

Marchini Manuela

☎ 3293790844

✉ aidaprimini@gmail.com

LAZIO

AIDAP Cassino (FR)

Colella Franco Giuseppe

☎ 3397380152

✉ colella.franco@gmail.com

AIDAP Roma

Maggiore Barbara

☎ 335 7069395

✉ aidap.roma.uol@gmail.com

LIGURIA

AIDAP Genova

Maura Lorenzo

☎ 0103020204 - 3423953837

✉ info@centro-kairos.it

LOMBARDIA

AIDAP Brescia

Benedetto Andrea e Benedetto Elisa

☎ 030 49215 - 331 9090110

✉ aidap.bs@poliambulatoriothuya.it

AIDAP Brescia 2

Campagna Sara

☎ 030 7281668 - 3489769472

✉ sara.campagna@me.com

AIDAP Mantova

Andreoli Beatrice

☎ 3899274144

✉ info@beatriceandreoli.it

AIDAP Milano

Banderali Arianna

☎ 02 5456738 - 339 1785974

✉ ariannabanderali@gmail.com

AIDAP Vimodrone (MI)

Nocita Rosaria

☎ 3472738348


✉ aidapvimodrone@gmail.com

MARCHE

AIDAP Ancona

Filipponi Silvia


 071 2804116

 sfilipponi62@gmail.com

SICILIA

AIDAP Oliveri (ME)

Iarrera Francesco

 0941 314005 - 327 0761709

 info@centrodiriabilitazione nutrizionale.it

TOSCANA

AIDAP Empoli

Calugi Simona

 345 1639017

 aidapempoli@gmail.com

AIDAP Firenze

Calugi Simona


 345 1639017

aidapfirenze@gmail.com



AIDAP Siena


Federico Monica

 3476213930

 aidapsiena@gmail.com

AIDAP Viareggio

Puosi Vessela


 3388724811

 aidapviareggio@gmail.com

VENETO

AIDAP Treviso


Erica Tosoratti

 04221520205

 ericatosoratti@hotmail.it

AIDAP Verona (sede centrale)

Dalle Grave Riccardo

 045 8103915

 info@aidap.org

Cariche sociali AIDAP

Presidente

Dott.ssa Simona Calugi

Consiglio Direttivo

Dr.ssa Arianna Banderali (*Vicepresidente*)

Dr. Riccardo Dalle Grave (*Direttore Scientifico*)

Dott. Domenico Filardo (*Segretario*)

Dott.ssa Selvaggia Sermattei

Dr. Marco Massa

Dr.ssa Sara Campagna

Soci Onorari

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

Prof. Elizabeth Venditti

Prof. Carlos Grilo

Prof. Waller Glenn

Prof. Rachel Bryant-Waugh

Prof. Graham Finlayson

Informazioni utili

Rivista scientifica AIDAP

- IJEDO - Giornale Italiano dei Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità
<https://onlineijedo.positivepress.net>

Siti web

- AIDAP <https://www.aidap.org>
- AIDAP Ricerca e Prevenzione <https://www.aidapricercaeprevenzione.org/>
- CBT-E: <https://www.cbte.co>

Ricovero riabilitativo

- **CBT-E e CBT-OB:** Casa di Cura Villa Garda. Garda (VR). Tel. 045-6208611 oppure 045-6208619. <http://www.villagarda.it/it/>
- **CBT-E:** Residenza Villa del Principe. Genova- Tel. 010 8376374
<http://www.gruppofides.it/?structure=%E2%80%A8villadelprincipe>

Per approfondire

Libri per i pazienti e i familiari

- Dalle Grave, R., el Khazen, C. (2022). *Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi dell'Alimentazione negli Adolescenti. Una guida per i genitori*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. La guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2023). *Terapia cognitivo comportamentale del disturbo da binge-eating. La guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2025). *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità. La guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2023). *La scheda di monitoraggio AIDAP. Uno strumento scientifico per la gestione del peso*. Verona: Positive Press.

La sede AIDAP più vicina a te:

AIDAP

 info@aidap.org

 www.aidap.org

Associazione
Italiana Disturbi
dell'Alimentazione
e del Peso