

*I Quaderni
di ADAO Friuli ONLUS*

n. 2, anno 2017

DISTURBI ALIMENTARI



**PREVENZIONE
DELL'OBESITÀ
E DEI DISTURBI
ALIMENTARI
NEI BAMBINI
ED ADOLESCENTI**

a cura di

Gian Luigi Luxardi

Questo opuscolo, tratto da una pubblicazione dell'American Academy of Pediatrics e della European Association for the Study of obesity (EASO) vuole essere una risorsa per promuovere la prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità.

Pur non essendo una guida clinica completa, si fonda sulle più recenti ricerche disponibili e sulle migliori pratiche attuali.

Per ulteriori risorse, orientamenti pratici e bibliografia è possibile visitare il nostro sito www.adaofriuli.com

Indice

Introduzione	pg. 4
Rapporto tra obesità infantile e stato di salute in età adulta	pg. 5
Prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nei bambini e negli adolescenti alla luce dei cambiamenti dei criteri diagnostici del DSM-5	pg. 6
Complicanze mediche associate ai DCA	pg. 11
L'interazione tra DCA e prevenzione dell'obesità in adolescenza	pg. 12
Strategie evidence-based per la gestione dell'obesità e dei DCA negli adolescenti	pg. 13
L'Intervista Motivazionale (MI) è uno strumento utile per affrontare i problemi correlati al peso	pg. 17
Cosa fare se sospettiamo la presenza di un DCA	pg. 19
Un approccio integrato alla prevenzione di obesità e DCA si focalizza su modificazioni salutari dello stile di vita della famiglia	pg. 22
Ruolo del pediatra nella prevenzione dell'obesità e dei DCA nell'adolescenza	pg. 23
Guida pratica per i genitori dei bambini sovrappeso	pg. 24
Le risorse nel nostro territorio	pg. 35
Info sull'ADAO Friuli ONLUS	pg. 37
Bibliografia	pg. 39

Introduzione

La prevalenza dell'obesità infantile è aumentata notevolmente negli ultimi decenni negli Stati Uniti e in altri paesi, e l'obesità durante l'adolescenza è associata ad una significativa morbidità medica durante l'età adulta¹. I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono la terza condizione cronica più comune negli adolescenti, dopo l'obesità e l'asma².

Lo sviluppo di un DCA in adolescenza nella maggior parte dei casi non è conseguente a una obesità infantile, tuttavia alcuni adolescenti possono fraintendere il concetto di "alimentazione sana" e impegnarsi in comportamenti non salutari che possono portare allo sviluppo di un DCA³, come saltare i pasti o intraprendere diete con l'obiettivo di "essere più sani".

I pediatri possono utilmente inserire informazioni riguardo agli stili di vita adeguati alla gestione del peso e al trattamento dell'obesità nelle visite di routine. In questo contesto è importante stare attenti a evitare un linguaggio potenzialmente stigmatizzante nei confronti del sovrappeso. L'utilizzo delle tecniche dell'intervista motivazionale (MI)

può aiutare a migliorare la comunicazione e a ottenere migliori risultati per la gestione del peso⁴.

Queste indicazioni, basate su report dell'American Academy of Pediatrics (AAP)¹ sulla gestione dei DCA⁵ e sulla prevenzione dell'obesità⁶, mirano a fornire indicazioni sulle interazioni di questi aspetti negli adolescenti e a sottolineare un modo di procedere nella prevenzione dell'obesità che non rischi di favorire l'insorgenza di un disturbo alimentare. Questo report ha l'obiettivo di fornire al pediatra strumenti, basati sull'evidenza, per identificare i comportamenti che predispongono sia all'obesità che al disturbo alimentare e di fornire una guida per la prevenzione di entrambi i problemi. Questo quaderno si conclude con alcune schede fotocopiable che contengono indicazioni per i genitori, tratte da una pubblicazione della European Association for the Study of obesity (EASO).

•

Rapporto tra obesità infantile e stato di salute in età adulta

La maggior parte degli studi hanno rivelato che i bambini e gli adolescenti obesi, in particolare quelli con un percentile di BMI più elevato, hanno maggiori probabilità di rimanere obesi da adulti¹⁰⁻¹². Le conseguenze per la salute possono manifestarsi già durante l'infanzia, ma quanto più a lungo una persona si mantiene in una condizione di obesità, tanto maggiore è il rischio di morbidità nell'età adulta. Un elevato indice di massa corporea da adolescente aumenta il rischio di sviluppare diabete e malattia coronarica in età adulta rispettivamente di tre e cinque volte¹³. Il diabete di tipo 2 è una delle più gravi complicazioni dell'obesità infantile. Il rischio di altre comuni comorbidità come ipertensione, alterazioni del profilo lipidico, steatosi epatica non alcolica, calcoli biliari, reflusso gastroesofageo, sindrome dell'ovaio policistico, apnee ostruttive del sonno, asma, problemi articolari e a carico delle ossa risulta significativamente aumentato sia negli adolescenti obesi che negli adulti che erano obesi da adolescenti¹⁻¹⁴⁻⁶. Non vanno trascurate inoltre le conseguenze psicologiche dell'obesità infantile, quali depressione, scarsa autostima e scarsa qualità della vita¹⁷⁻¹⁹.

•

a) Golden NH, Schneider M, Wood C; COMMITTEE ON NUTRITION; COMMITTEE ON ADOLESCENCE; SECTION ON OBESITY (2016). Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. Pediatrics. Sep;138(3).

b) European Association for the Study of obesity (EASO) (2010), Practical Guide for the Parents of Overweight Children, www.easo.org

Prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nei bambini e negli adolescenti alla luce dei cambiamenti dei criteri diagnostici del DSM-5

L'insorgenza dei DCA avviene di solito durante l'adolescenza, con una più alta prevalenza tra le ragazze, ma questi disturbi sempre più frequentemente vengono riconosciuti anche in bambini dai 5 ai 12 anni²⁰⁻²². Un aumento della prevalenza è stato registrato anche nei maschi e nei giovani delle minoranze etniche²³.

Il picco di insorgenza dell'anoressia nervosa (AN) va dalla prima alla media adolescenza, mentre quello della bulimia nervosa (BN) si colloca nella tarda adolescenza. Anche se i tassi di incidenza globale risultano stabili, è stato osservato un considerevole aumento dell'incidenza della AN nelle ragazze tra i 15 e i 19 anni²⁴. Negli Stati Uniti dal 1999 al 2006 i ricoveri per DCA per i bambini di età inferiore a 12 anni sono aumentati del 119%²⁵. Le prevalenze lifetime di AN, BN, e binge eating disorder (BED) nelle femmine adolescenti sono rispettivamente dello 0,3%, 0,9% e 1,6%²⁶. Il rapporto femmina-maschio è 9:1, ma si osserva un numero crescente di maschi con DCA, in particolare tra i gruppi di età più giovani²⁰⁻²².

I criteri relativi ai DCA della quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali (DSM-5)²⁷ (elencati nella

Tabella 1) sono diventati meno stringenti rispetto alla versione precedente (DSM IVtr) ed è probabile che il numero dei casi segnalati aumenti. In riferimento all' AN, nel DSM-5 vengono eliminate la soglia del peso corporeo al di sotto dell'85% e il criterio dell'amenorrea.

Per la BN, le modifiche riguardano l'abbassamento della soglia di frequenza delle abbuffate e dei comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, digiuno, esercizio compulsivo, uso di lassativi, diuretici o pillole dimagranti) da due volte a una volta alla settimana per 3 mesi.

Il disturbo da Binge Eating (BED) è ora ufficialmente riconosciuto nel DSM-5 come una entità patologica distinta caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate almeno una volta alla settimana per 3 mesi, senza tuttavia comportamenti compensatori, ed è associato con lo sviluppo di obesità²⁸. L'AN atipica descrive un sottogruppo di pazienti caratterizzati da oscillazioni ponderali significative che, anche se normopeso, presenta preoccupazioni per la forma e il peso corporeo, comparabili con il quadro anoressico classico.

•

TABELLA 1:

Principali criteri del DSM-5 per i Disturbi della Nutrizione e del Comportamento Alimentare

Anoressia Nervosa (AN)

- Limitazione del cibo ingerito che porta a un peso corporeo inferiore a quello previsto
- Intensa paura di aumento di peso o essere grasso
- distorsione dell'immagine corporea

Tipi: *restrittivo o purgativo*

Bulimia Nervosa (BN)

- Ricorrenti abbuffate in cui la persona
 1. assume, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 2. ha la sensazione di perdere il controllo durante l'episodio
- Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- I comportamenti si verificano almeno una volta alla settimana per 3 mesi
- autostima è eccessivamente basata sulla forma del corpo e il peso
- I comportamenti non si manifestano esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.



Disturbo da binge-eating (BED)

- Ricorrenti abbuffate in cui la persona
 1. assume, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 2. ha la sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.
- Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 1. Mangiare molto più rapidamente del normale;
 2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 4. Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio;
- È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
- L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.



Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo:

- Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
 1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini);
 2. Significativo deficit nutrizionale;
 3. Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali;
 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale;
 5. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita;
 6. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo;
 7. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale.



**Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione
con altra specificazione:**

- Anoressia nervosa atipica. Sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità;
- Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata). Sono soddisfatti tutti criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi;
- Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata). Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi;
- Disturbo da condotta di eliminazione. 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;
- Sindrome da alimentazione notturna. Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale.

•

Complicanze mediche associate ai DCA

Abbiamo affrontato questo tema nel quaderno n°1 "Disturbi Alimentari. Diagnosi precoce e gestione del rischio medico nel trattamento di persone colpite da un disturbo alimentare" (vedi sotto). Inoltre sono reperibili in letteratura trattazioni più complete⁵. In generale, le complicanze mediche sono il risultato di un adattamento fisiologico alla malnutrizione o una conseguenza dei comportamenti inappropriati di controllo del peso. I giovani che hanno perso una quantità di peso rilevante, o lo hanno perso troppo rapidamente, sono soggetti a ipotermia, bradicardia, ipotensione ortostatica, anche se il peso attuale è nella norma²⁹⁻³⁰. La rapida perdita di peso può portare a pancreatite acuta e formazione di calcoli biliari. A seguito di vomito autoindotto o uso di lassativi o diuretici possono verificarsi disturbi elettrolitici. Dopo un periodo prolungato di restrizione dietetica la rinutrizione deve essere monitorata accuratamente per il rischio della sindrome da refeeding. La restrizione dietetica può portare ad amenorrea primaria o secondaria in ragazze adolescenti, anche con peso normale, come conseguenza della soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio, che è mediato in parte dalla leptina³¹. L'amenorrea prolungata comporta un basso livello di estrogeni, che può esitare nell'osteoporosi²³.



Luxardi GL, Trojan N, (2014) DISTURBI ALIMENTARI. Diagnosi precoce e gestione del rischio medico nel trattamento di persone colpite da un disturbo alimentare, disponibile online su <http://www.adaofriuli.com/adao/QUADERNI/N.1%2C+2014+-+Diagnosi+precoce+e+gestione+del+rischio+medico.html>

L'interazione tra DCA e prevenzione dell'obesità in adolescenza

La maggior parte degli adolescenti che sviluppano un DCA non hanno una storia di sovrappeso. Tuttavia, non è insolito che un DCA inizi con il proposito di "mangiare sano"³². Alcuni adolescenti e i loro genitori fraintendono i messaggi di prevenzione dell'obesità e iniziano a eliminare il cibo che ritengono "cattivo" o "non sano"³².

Talvolta le stesse indicazioni sanitarie possono essere fraintese. La Food and Drug Administration degli Stati Uniti prescrive sugli alimenti tabelle con informazioni nutrizionali con valori percentuali giornalieri compatibili con una dieta di 2000 kcal.

Ragazze e ragazzi adolescenti moderatamente attivi necessitano rispettivamente di circa 2200 kcal e 2.800 kcal al giorno per la normale crescita e sviluppo. Gli adolescenti che fanno attività sportiva necessitano di una assunzione calorica ancora più elevata³³. La stretta osservanza di una dieta di 2000 kcal al giorno può comportare un deficit energetico e la perdita di peso in molti adolescenti in crescita.

Gli adolescenti in sovrappeso possono adottare comportamenti alimentari disordinati nel tentativo di perdere peso. Studi trasversali hanno mostrato che gli adolescenti in sovrappeso utilizzano vomito autoindotto o lassativi più frequentemente dei loro coetanei normopeso³⁴⁻³⁵. La presenza di un so-

vrapeso precedente è un fattore di rischio per lo sviluppo di un DCA³⁻³⁰⁻³². In uno studio su un campione di adolescenti che richiedevano un trattamento per DCA il 36,7% risultava avere avuto precedentemente un peso superiore all' 85° percentile per età e sesso³. Tentativi di perdere peso iniziati con il proposito di nutrirsi in modo sano possono portare a restrizione dietetica eccessiva, a saltare i pasti, a digiunare, fino all'uso di vomito auto-indotto, pillole dietetiche e lassativi. Allo stesso modo, tentativi iniziali di incrementare l'attività fisica possono condurre a esercizio compulsivo ed eccessivo, fino al punto di svegliarsi la notte per fare ginnastica o continuare l'attività anche se ci si sente male.

DCA che si sviluppano a seguito di una precedente obesità possono esitare anche in un ritardo nella richiesta di un trattamento³². Infatti dapprima la perdita di peso viene apprezzata e rinforzata da familiari, amici e medici; successivamente si può aver paura eccessiva di recuperare il peso perduto, anche se sono evidenti i sintomi di un disturbo alimentare: continua ed eccessiva preoccupazione per la dieta, isolamento sociale, irritabilità, difficoltà di concentrazione e distorsione dell'immagine corporea.



Strategie evidence-based per la gestione dell'obesità e dei DCA negli adolescenti

Se il pediatra si concentra solo sulla perdita di peso senza identificare questi segni e sintomi associati, può correre il rischio di non diagnosticare un DCA sottostante.

Studi osservazionali trasversali e longitudinali hanno identificato i seguenti comportamenti associati all'obesità e ai DCA negli adolescenti:

1. Dieting.

La dieta, definita come restrizione calorica con l'obiettivo della perdita di peso, è un fattore di rischio sia per l'obesità che per i DCA.

In un ampio studio prospettico di coorte su giovani dai 9 ai 14 anni di età (n = 16.882) seguiti per 2 anni, la dieta risultava associata ad un maggiore aumento di peso e a un aumento dei tassi di abbuffate sia tra i ragazzi che tra le ragazze³⁶.

Allo stesso modo, in uno studio osservazionale prospettico su 2516 adolescenti seguiti per 5 anni, nell'ambito del progetto Eating Among Teens (Project EAT), i comportamenti di dieta sono stati associati con un rischio raddoppiato di diventare sovrappeso e un rischio 1,5 volte maggiore di compulsioni alimentari al follow-up a 5 anni³⁷.

Stice et al.³⁸ hanno mostrato che ragazze normopeso che iniziavano una dieta, tre anni dopo avevano una probabilità tre volte maggiore di essere in sovrappeso rispetto alle coetanee che non vi si erano sottoposte. Questi risultati, insieme ad altri³⁶⁻³⁸⁻³⁹, suggeriscono che il comportamento di dieta è controproducente nella gestione del peso.

Tale comportamento può anche predisporre a un DCA. In un ampio studio prospettico di coorte su studenti di 14 e 15 anni di età, seguiti per 3 anni, la dieta risultava il più importante predittore per lo sviluppo di un DCA.



Gli studenti che restringevano rigorosamente l'apporto energetico e saltavano i pasti avevano 18 volte più probabilità di sviluppare un DCA, rispetto a quelli non a dieta; coloro che si sottoponevano a una dieta moderata presentavano un rischio cinque volte aumentato⁴⁰.

2. Pasti in famiglia.

I pasti in famiglia sono stati associati a un miglioramento dell'alimentazione e forniscono ai genitori l'opportunità di modellare il comportamento dei figli⁴¹⁻⁴³. Una frequenza più elevata di pasti in famiglia è associata con il miglioramento della qualità alimentare, come evidenziato dall'aumento del consumo di frutta, verdura, cereali e alimenti ricchi di calcio e fibre, insieme al ridotto consumo di bevande gassate⁴⁴.

Sette o più pasti in famiglia alla settimana consumati insieme sono risultati correlati al consumo di una porzione in più di frutta e verdura al giorno, rispetto a famiglie che non mangiavano insieme. Questi miglioramenti nelle abitudini alimentari si sono rivelati durevoli nei 5 anni successivi⁴⁵.

Il consumo di pasti insieme in famiglia risulta protettivo anche rispetto all'assunzione di comportamenti alimentari disturbati⁴⁶⁻⁴⁸. Un recente studio prospettico su più di 13.000 preadolescenti e adolescenti ha rivelato che l'aver consumato la cena insieme in famiglia tutti o la maggior parte dei giorni dell'anno precedente è risultato protettivo rispetto a comportamenti purgativi, compulsioni alimentari e frequenti comportamenti di dieta. Il trend è risultato simile in entrambi i sessi, anche se non statisticamente significativo nei maschi⁴⁸.

Le ragazze che considerano piacevoli i pasti consumati assieme sono meno soggette a comportamenti estremi di controllo del peso⁴⁶.



Ci sono diverse ragioni per cui i pasti in famiglia sono protettivi: se si mangia assieme si utilizzano alimenti più salutarì di quelli che gli adolescenti sceglierebbero per conto loro; i genitori possono influire sulle scelte alimentari dei figli; c'è la possibilità di parlare assieme; i genitori possono intervenire prontamente se individuano un comportamento alimentare inadeguato⁴⁹.

3. Parlare di diete e del peso corporeo.

Ci riferiamo ai commenti che i membri della famiglia fanno rispetto al proprio peso o a quelli rivolti al bambino da parte dei familiari per incoraggiarlo a perdere peso. Anche i discorsi fatti con le migliori intenzioni possono risultare influenzare negativamente il bambino o l'adolescente. Numerosi studi hanno dimostrato che i discorsi dei genitori sul tema del peso, sia che si tratti di incoraggiare i figli a dimagrire sia che riguardino la dieta che essi stessi seguono, sono correlati al sovrappeso³⁷⁻⁵⁰ o alla presenza di un DCA⁵¹.

Nel progetto EAT il fatto di parlare del peso corporeo è risultato correlato con più alti tassi di sovrappeso 5 anni dopo. Loth et al.⁵¹ hanno intervistato pazienti che erano riusciti a uscire da un disturbo alimentare, rilevando che il parlare del peso corporeo li aveva influenzati negativamente.

I genitori che erano abituati a conversare sul tema del peso avevano figli adolescenti più propensi ad impegnarsi in una dieta, in comportamenti non salutarì di controllo del peso e in compulsioni alimentari. Tuttavia, se il focus della conversazione riguardava solo i comportamenti alimentari salutarì, risultava meno probabile che gli adolescenti in sovrappeso iniziassero una dieta o utilizzassero comportamenti non sani di controllo del peso⁵².



4. Le prese in giro sul peso.

Tra gli adolescenti in sovrappeso si calcola che tra il 28% e il 40% delle femmine e tra il 29% e il 37% dei maschi hanno sperimentato prese in giro sul peso da parte di coetanei o membri della famiglia⁵³.

Le prese in giro sul peso da parte della famiglia sono predittive dello sviluppo di sovrappeso, di alimentazione incontrollata e comportamenti di controllo del peso estremi nelle ragazze, così come di sovrappeso nei ragazzi.

In uno studio quinquennale, le ragazze adolescenti che sono state prese in giro per il loro peso alla misurazione basale presentavano a 5 anni un rischio raddoppiato di essere in sovrappeso³⁷.

Uno studio longitudinale di 10 anni ha mostrato come la prevalenza delle prese in giro sul peso non sia diminuita durante la crescita dei bambini, nonostante la crescente attenzione al fenomeno del bullismo⁵³.

Un gruppo di soggetti sono stati studiati nei primi anni dell'adolescenza e successivamente nella giovane età adulta per valutare l'impatto dei commenti offensivi legati al peso (n=1902; età media: 25 anni). Per entrambi i sessi, questi commenti, da parte dei familiari o di altri significativi, sono risultati associati a comportamenti impropri di controllo del peso e a perdite di controllo con l'alimentazione⁵⁴.



5. Promuovere lo sviluppo di un corpo sano.

Circa la metà delle ragazze adolescenti e un quarto dei ragazzi adolescenti sono insoddisfatti con i loro corpi; queste percentuali sono più alte negli adolescenti in sovrappeso⁵⁵.

L'insoddisfazione corporea è un noto fattore di rischio sia per i DCA che per comportamenti alimentari genericamente disturbati.

I punteggi più alti di insoddisfazione corporea sono correlati a un più elevato indice di comportamenti di dieta e di non sano controllo del peso nei ragazzi come nelle ragazze, a ridotta attività fisica nelle ragazze, e a maggiori compulsioni alimentari nei ragazzi⁵⁶.

L'insoddisfazione corporea e l'alimentazione disturbata non riguardano solo i bianchi ma si riscontrano anche nelle minoranze etniche⁵⁷.

Una educazione che rinforzi l'alimentazione sana e l'esercizio fisico salutare, piuttosto che la restrizione alimentare, aumenta la probabilità di una maggiore soddisfazione corporea. Questi ragazzi hanno probabilità minori di riportare comportamenti e preoccupazioni legati al peso⁵⁸.

•

L'Intervista Motivazionale (MI): strumento utile per affrontare i problemi correlati al peso

L'Intervista Motivazionale (MI) è stata sviluppata da Miller e Rollnick nel 1991 per il trattamento di pazienti con problemi di dipendenza.

Sebbene la MI sia stata maggiormente studiata in adulti con dipendenze e obesità, esistono interessanti studi che hanno valutato l'effetto della MI su pazienti con DCA, così come il suo utilizzo con bambini e adolescenti⁵⁹⁻⁶¹.

Studi relativi all'aggiornamento delle tecniche della MI con pazienti con DCA⁶⁰⁻⁶¹ e con bambini e adolescenti con obesità si sono rivelati promettenti⁶²⁻⁶⁵.

Miller e Rollnick definiscono la MI nel loro libro più recente "uno stile di comunicazione collaborativo, orientato all'obiettivo, con particolare attenzione al linguaggio del cambiamento. È stato progettato per rafforzare l'impegno e la motivazione personale verso un obiettivo specifico attraverso l'esplorazione e lo sviluppo delle motivazioni personali verso il cambiamento, in un clima di accettazione e partecipazione emotiva"⁶⁶.

Questo approccio di counseling coinvolge quattro ampie aree di processo, elencate nella Tabella 2⁶⁷.

Uno studio condotto attraverso il network della AAP, Pediatric Research in Office Settings (PROS), ha valutato l'effetto della somministrazione della MI da parte dei pediatri e dietologi come strumento di consulenza alle famiglie con bambini in sovrappeso. L'utilizzo di questa tecnica è risultato correlato a una riduzione del percentile del BMI nei bambini di 3.1 punti in più rispetto a un gruppo di controllo⁶⁸.

L'applicazione web della AAP, chiamata "Change Talk: Childhood Obesity" (<http://ihcw.aap.org/resources>), utilizza un sistema interattivo di pratica virtuale per addestrare i pediatri sulle basi della MI.

I pediatri possono facilitare con successo i cambiamenti comportamentali nello stile di vita dei loro pazienti. Le preoccupazioni da parte di pediatri e genitori, sul fatto che un counseling sull'obesità possa portare a un DCA, possono essere affrontate comprendendo l'efficacia della MI centrata sulla famiglia per promuovere comportamenti sani.

•

TABELLA 2:

Il processo di counseling nell'intervista motivazionale

1. Costruire una relazione: stabilire un'alleanza di lavoro con il paziente;
2. Focalizzare un'agenda specifica: definire quale cambiamento è l'oggetto del colloquio;
3. Evocare: incoraggiare il paziente a esplorare e discutere la necessità del cambiamento;
4. Pianificare il cambiamento: assistere il paziente nella pianificazione delle fasi del cambiamento una volta che ha dimostrato di essere pronto a cambiare.

•

Cosa fare se sospettiamo la presenza di un DCA

Il pediatra è spesso il primo professionista consultato dal genitore o dalla scuola quando c'è una preoccupazione relativa a un possibile DCA.

Altezza, peso e BMI dovrebbero essere tenuti monitorati in modo da verificare variazioni anomale. Un BMI sotto il quinto percentile indica un sottopeso e può far sospettare un DCA.

Altri possibili indicatori di un DCA comprendono un declino insolitamente rapido del BMI, il mancato ciclo mestruale nelle ragazze, o l'adozione di comportamenti alimentari disordinati in adolescenti in sovrappeso o normopeso che sono insoddisfatti della propria immagine corporea. La diagnosi e l'intervento precoce sono associati ad un miglioramento dell'esito⁶⁹.

I DCA sono meglio valutati e gestiti da un team sanitario multidisciplinare, di cui il pediatra è una componente fondamentale⁷⁰. Un esame fisico e psichico accurato permette di identificare le cause mediche e psichiatriche della perdita di peso. Per una descrizione dettagliata delle procedure di valutazione clinica rimandiamo ai riferimenti in bibliografia⁵, così come al Quaderno dell'ADAO n°1 già citato.

I comportamenti ad alto rischio sono evidenziati nella Tabella 3.

Il pediatra può svolgere in prima persona queste valutazioni o inviare il paziente a un centro specializzato per i DCA, se è presente nella zona. Una valutazione psicologica compiuta da un professionista della salute mentale deve individuare le comorbidità psichiatriche (ad esempio, disturbi affettivi o di ansia).

Sul versante del trattamento, nei bambini e negli adolescenti con AN e BN, è fondamentale che la famiglia sia coinvolta e supportata nella gestione del problema⁷¹⁻⁷².

Nel corso del trattamento, il pediatra collabora monitorando il peso e le condizioni fisiche del paziente, in comunicazione con la famiglia, i terapeuti e il paziente stesso.

Una familiarizzazione con le tecniche del trattamento familiare può essere di grande aiuto nel sostenere il pediatra a svolgere il proprio ruolo (Tabella 4)⁷³.

•

TABELLA 3:

Segni e sintomi ad alto rischio

Comportamenti alimentari e di attività ad alto rischio:

- Grave restrizione dietetica (<500 kcal / die);
- saltare i pasti per perdere peso;
- periodi prolungati di digiuno;
- vomito autoindotto;
- uso di pillole dimagranti, lassativi o diuretici;
- esercizio fisico compulsivo e eccessivo;
- isolamento sociale, irritabilità, profonda paura di aumentare di peso, distorsione immagine corporea.

Segni clinici preoccupanti:

- Rapida perdita di peso;
- diminuzione dei percentili per peso e indice di massa corporea;
- Amenorrea nelle ragazze;
- Presenza di instabilità nei segni vitali:
 1. bradicardia (frequenza cardiaca <50 battiti / minuto durante il giorno)
 2. ipotensione (<90/45 mmHg)
 3. ipotermia (temperatura corporea < 35,6 C ° [$< 96^{\circ}$ F])
 4. ipotensione ortostatica (aumento delle pulsazioni > 20 battiti / min) o diminuzione della pressione arteriosa (> 20 mmHg di sistolica o > 10 mmHg di diastolica) in posizione eretta.

•

TABELLA 4:

Principi del trattamento familiare e ruolo del pediatra

Principi del trattamento

- I genitori non sono da biasimare;
- I genitori sono di vitale importanza per il successo terapeutico;
- I genitori vanno coinvolti nel recupero del peso;
- Bisogna separare il bambino dalla malattia;
- È necessario un approccio collaborativo e non autoritario.

Tre fasi di trattamento

- *Fase 1:* genitori vengono supportati nella gestione del recupero del peso del paziente;
- *Fase 2:* controllo viene trasferito di nuovo al bambino o all'adolescente;
- *Fase 3:* si concentra su questioni legate allo sviluppo dell'autonomia degli adolescenti e alla cessazione del trattamento.

Esempi del ruolo che il pediatra può giocare

- Agire come consulente per i genitori e per il terapeuta;
- Spiegare la gravità medica del DCA a paziente e famiglia;
- Monitorare e gestire lo stato di salute dell'adolescente;
- Aiutare i genitori a rafforzarsi nel processo decisionale;
- Comunicare con il paziente, la famiglia e terapeuta.

•

Un approccio integrato alla prevenzione di obesità e DCA si focalizza su modificazioni salutari dello stile di vita della famiglia

La prevenzione e il trattamento dell'obesità, se condotto correttamente, non predispone allo sviluppo di un DCA. Al contrario, studi randomizzati e controllati su programmi di prevenzione dell'obesità hanno mostrato una riduzione di comportamenti non salutari per controllare il peso⁷⁴, oltre a una diminuzione delle preoccupazioni per il peso nei gruppi su cui è stato effettuato l'intervento⁷⁵.

Il coinvolgimento della famiglia nel trattamento dell'obesità e dei DCA adolescenziali si è dimostrato più efficace degli interventi centrati solo sull'adolescente⁷³⁻⁷⁶.

Un approccio integrato alla prevenzione dell'obesità e dei DCA deve concentrarsi meno sul peso e più sulle modificazioni salutari dello stile di vita della famiglia.

I pediatri possono incoraggiare i genitori ad assumere il ruolo di modelli di comportamento salutare e gestire il cibo all'interno dell'ambiente familiare garantendo la facile accessibilità agli alimenti salutari (per esempio, frutta, verdura, cereali integrali, fagioli e altri legumi, acqua) e limitando la disponibilità di bevande zuccherate, comprese quelli contenenti dolcificanti artificiali, e altri alimenti contenenti carboidrati raffinati.

È importante che i pediatri promuovano con i genitori l'esigenza di un aumento dell'attività fisica e della limitazione a meno di due ore al giorno del tempo passato davanti a un teleschermo. Discutere con i familiari di questi argomenti può portare a cambiamenti rilevanti nel comportamento della famiglia⁷⁷.

Bisogna raccomandare di non tenere una TV nella camera dei figli, perché porta a una riduzione significativa dell'attività fisica così come a una alimentazione qualitativamente più povera⁷⁸⁻⁷⁹.

Come abbiamo già affermato, le evidenze scientifiche incoraggiano i genitori a incrementare i pasti consumati insieme in famiglia, i pasti preparati in casa, e a ridurre le distrazioni durante il pasto, così come le discussioni su peso e dieta⁶⁻⁸⁰.

Consapevoli del fatto che un'immagine corporea negativa può condurre a un DCA, i genitori dovrebbero evitare commenti riguardo al peso corporeo e scoraggiare ogni tentativo di restrizione.

•

Ruolo del pediatra nella prevenzione del'obesità e dei DCA nell'adolescenza

Al fine di aiutare a prevenire i problemi correlati al peso, relativi a obesità e DCA, vengono elencate di seguito una serie di osservazioni scaturite dalle ricerche attuali riassunte in questo report:

1. Scoraggiare i comportamenti di dieta restrittiva, l'abitudine di saltare i pasti, o l'uso di pillole dimagranti; al contrario, incoraggiare e sostenere l'adozione di comportamenti alimentari sani e di una buona attività fisica da mantenere in modo continuativo. La focalizzazione dovrebbe essere sui sani stili di vita piuttosto che sul peso;
2. Promuovere una immagine corporea positiva tra gli adolescenti. Non incoraggiare l'insoddisfazione corporea o fare leva su di essa come motivo per mettersi a dieta;
3. Incoraggiare l'incremento dell'abitudine di mangiare assieme in famiglia;
4. Incoraggiare le famiglie a non parlare del peso, ma piuttosto dell'alimentazione salutare e di come mantenersi attivi per stare in salute. A casa fare il possibile per facilitare l'alimentazione sana e l'attività fisica;
5. Indagare rispetto a episodi di maltrattamenti o di bullismo con gli ado-

scenti in sovrappeso o obesi, e affrontare l'argomento con i ragazzi e le loro famiglie;

6. Monitorare accuratamente la perdita di peso negli adolescenti che lo devono perdere, per assicurarsi che il ragazzo non sviluppi complicanze mediche conseguenti al digiuno.

La ristrettezza del tempo a disposizione del pediatra per gli impegni della pratica quotidiana è significativa. Le questioni che riguardano il peso sono un argomento sensibile e quindi possono portare via tempo. I suggerimenti evidence-based contenuti in questo report possono essere messi in pratica in incontri relativamente brevi e possono essere un eccellente primo passo per aiutare adolescenti e famiglie a promuovere uno stile di vita salutare.

Di seguito riportiamo una serie di schede, tratte dalla pubblicazione citata dell' European Association for the Study of obesity (EASO), che possono essere fotocopiate e consegnate ai genitori come ausilio rispetto ai principali temi affrontati l.



Guida pratica per i genitori dei bambini sovrappeso

Sostieni e incoraggia il tuo bambino:

Se sei preoccupato per il peso del tuo bambino e desideri consigli pratici per migliorare le tue abitudini di vita, allora questa guida può esserti utile.

L'impegno dei genitori nel trattamento di un bambino in sovrappeso richiede tempo, motivazione e un certo grado di perseveranza. Ma è un investimento da fare, per la salute e il benessere del tuo bambino, così come per il tuo!

Il bambino ha bisogno prima di tutto che siano i genitori per primi ad adottare abitudini sane e uno stile di vita sano. Tu sei il suo esempio. Se necessario, i professionisti della salute possono aiutarti a capire cosa fare, ma solo tu puoi produrre il cambiamento. Ti auguriamo una piacevole lettura!

L'eccesso di peso nell'infanzia:

Il peso in eccesso costituisce un grave problema per la salute della popolazione europea e più del 20% dei bambini sono colpiti. Non solo il tuo bambino!

Il peso in eccesso è dovuto principalmente ai cambiamenti nella nostra società che hanno portato ad una diminuzione dell'attività fisica, a una dieta poco equilibrata, alla mancanza di sonno e talvolta ad un aumento dello stress nei bambini.

Alcune famiglie sono geneticamente predisposte al sovrappeso e all'obesità.

La vita cambia quando si è sovrappeso, il bambino deve vestirsi in modo diverso, non può correre senza affannarsi, può essere preso in giro dai compagni di classe.

Ma il peso in eccesso porta anche a complicazioni mediche a breve e lungo termine, come malattie cardiovascolari e diabete di tipo II. Gli sguardi degli altri, le prese in giro possono portare a un'in-



soddisfazione corporea e anche a conseguenze psicologiche importanti, basti pensare ai disturbi del comportamento alimentare. L'impatto del peso in eccesso sulla qualità della vita e sulla salute mentale non può essere sottovalutato. Per questi motivi, è essenziale trattare il peso in eccesso il più presto possibile per evitare complicazioni.

Cambiare un po' è già molto!

L'obiettivo principale è quello di stabilizzare o rallentare il guadagno di peso, garantendo una crescita e uno sviluppo normali. Durante il periodo di crescita, un bambino guadagna di solito circa 3 kg all'anno.

Nel caso di un bambino in sovrappeso, l'obiettivo non è quello di perdere peso, ma di far aumentare l'altezza mantenendo lo stesso peso. In questo modo, il bambino non perderà il peso, ma si "assottiglierà".

Il primo passo è quello di determinare quali sono le cause più probabili dell'eccesso di peso nel tuo bambino e poi di lavorare sul cambiamento dei comportamenti e delle abitudini identificati.

Tutta la famiglia deve essere coinvolta. I genitori influiscono in maniera determinante nel comportamento dei loro figli, così come nell'ambiente in casa. Sono modelli importanti e fungono da esempio per i loro figli. Le abitudini di vita includono modi in cui ci si sposta, le attività sportive e di svago, le abitudini sedentarie (televisione, giochi elettronici, computer), la qualità e quantità del cibo e la struttura dei pasti.

Non è facile cambiare stile di vita. Il cambiamento richiede tempo. E' consigliabile scegliere obiettivi realistici che possano essere mantenuti a lungo termine, uno o due alla volta. Concentra le tue energie per aumentare le possibilità di raggiungere gli obiettivi stabiliti. Cambiare un poco è già molto!



Fai attività fisica con piacere

L'attività fisica ha effetti benefici sul benessere mentale e fisico e aiuta il corpo a stare in salute (cuore, ossa, muscoli e grasso corporeo).

Per stare bene i bambini devono essere attivi almeno 60 minuti al giorno e gli adulti almeno 30 minuti (o 3 x 10 minuti).

Attività fisica in pratica:

- Fai movimento con il tuo bambino;
- Suggerisci al tuo bambino, a prescindere dal tempo, di camminare o andare in bicicletta per andare a scuola, alle attività sportive o alle lezioni di musica;
- Utilizza le scale anziché l'ascensore;
- Organizza attività familiari: passeggiate, bicicletate, giochi con la palla, portare a spasso il cane, ecc.;
- Incoraggia il bambino a fare attività di gruppo al di fuori della scuola;
- Aiuta il bambino a trovare uno sport che gli piaccia;
- Chiedigli di aiutarti con i lavori domestici (ad esempio, pulire la sua stanza, svuotare il cestino, lavare i piatti);
- Avvia le attività lentamente e gradualmente. Poi aumenterai l'intensità e la durata dell'esercizio. L'ideale è che il tuo bambino faccia attività fisica per 1 ora al giorno.



Televisione e computer

Il tuo bambino consuma poca energia quando sta seduto davanti allo schermo della TV o del computer, e questo porta ad un aumento di peso.

Per ogni ora trascorsa al giorno davanti a uno schermo, ci può essere un aumento di circa tre chili rispetto alla normale crescita di peso annuale.

Nel corso dei programmi televisivi per i bambini vengono pubblicizzati molti prodotti alimentari ad alto contenuto di zucchero e grassi che stimolano il bambino a fare spuntini.

Inoltre, mangiare davanti a uno schermo interferisce con la normale sensazione di sazietà.

Infine, guardare la televisione appena prima di coricarsi può interferire con la qualità del sonno di tuo figlio.

Televisione e computer in pratica:

- Basta un'ora al giorno davanti al teleschermo!
- Stabilisci regole chiare e programma cosa vedere in anticipo: spetta ai genitori decidere quando e quanto tempo lasciare il bambino davanti allo schermo;
- Evita di mettere una televisione o un computer nella stanza del tuo bambino;
- Spegni la TV durante i pasti e non permettere al bambino di mangiare davanti allo schermo.



Mangiare con piacere

Le restrizioni dietetiche creano molta frustrazione e conflitti all'interno della famiglia.

Le diete rigorose per i bambini sono fortemente scoraggiate perché sono inefficaci, controproducenti e talvolta persino pericolose. L'obiettivo per tutta la famiglia è una alimentazione equilibrata, varia e con cibi salutari, insieme a una chiara programmazione dei tempi dei pasti e degli spuntini.

Per quanto riguarda il bambino, è importante incoraggiarlo ad ascoltare i segnali interni della fame e della sazietà, così come assaggiare nuovi alimenti per diversificare la dieta.

L'alimentazione in pratica:

- Pasti equilibrati;
- 5 porzioni tra frutta e verdura al giorno;
- Acqua;
- Incoraggia tuo figlio a basarsi sulle sensazioni di fame e sazietà per determinare la quantità;
- Una colazione equilibrata ogni mattina;
- Spuntini sani secondo necessità;
- Ai pasti una varietà di cibi che tutti devono almeno assaggiare.



Pasti bilanciati

Come creare un pasto bilanciato in pratica:

- Almeno $\frac{1}{3}$ composto da verdure cotte, zuppa di verdura o insalata;
- $\frac{1}{3}$ composto da pasta, pane, riso, patate, cereali, ecc.;
- $\frac{1}{4}$ composto da carne, pesce, uova, formaggio, tofu, lenticchie, piselli, ecc.;
- Un cucchiaino di minestra di olio per persona a pasto.

L'obiettivo: 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

Un aumento graduale del consumo di frutta e verdura.

Ad esempio: un bicchiere di spremuta a colazione; Insalata come antipasto e un frutto dopo pranzo; Una mela come spuntino e una ciotola di zuppa di verdure per il pasto serale.

Una porzione di frutta o verdura, come quantità, è quella che entra in una tazza da colazione.

Acqua e bevande non zuccherate

L'acqua è l'unica bevanda indispensabile.

Per combattere la sete l'acqua, gassata o non gassata, e le tisane non zuccherate sono le bevande ideali.

La gazzosa, la limonata, il tè freddo e gli sciroppi hanno un contenuto elevato di zucchero. Anche il succo di frutta contiene zucchero.



Gestire le quantità

La fame ci segnala che è tempo di mangiare, ma non ci fornisce informazioni sulla quantità di cibo che ci serve.

La gente percepisce i sintomi della fame in modo diverso (sensazione di vuoto, buco nello stomaco, borbottio dello stomaco, stanchezza o irritabilità).

Il craving è il desiderio di mangiare con o senza fame.

La sazietà si sperimenta quando lo stomaco è pieno. La sensazione di fame scompare. Bisogna abituarsi a percepirla. Se si mangia velocemente non la sentiamo.

Quantità in pratica

- Non forzare il bambino a finire il piatto se non ha più fame;
- Servi per prima la verdura;
- Utilizza un piatto da dessert per il tuo bambino;
- Evita di mettere il cibo a disposizione sul tavolo;
- Proponi una zuppa di verdura o insalata come antipasto;
- Fai attendere il bambino 5-10 minuti dopo aver finito il primo piatto e chiedigli se ha ancora fame;
- Servi piccole porzioni per tutti;
- Metti il cibo confezionato su un piatto invece di mangiarlo dal pacchetto;
- Decora la tavola con una candela, una bella tovaglia, ecc. Anche la piacevolezza dell'ambiente è nutrimento;
- Prendete tutti l'abitudine di mangiare lentamente per riconoscere i segnali del corpo.



La struttura dei pasti

È importante trovare il proprio ritmo per i pasti e gli spuntini e evitare i fuori pasto.

Mangiare qualcosa al mattino ci permette di distribuire meglio l'energia per tutto il giorno e ci dà un migliore equilibrio nutrizionale.

Quando i bambini proprio non riescono a fare la colazione dovrebbero fare uno spuntino alle 9 e alle 10. In ogni caso è importante aiutarli ad abituarsi alla colazione, si può iniziare anche con un succo di frutta o uno yoghurt da bere.

Gli spuntini in pratica:

A seconda dell'attività fisica del bambino, puoi proporgli una o due porzioni dei seguenti alimenti:

- Frutta (fresca, cotta, secca), verdure, spremuta;
- Prodotti lattiero-caseari (Yogurt, latte);
- Carboidrati (pane, cereali, muesli, ecc.);
- Acqua.

Alcuni snack sono ad alto contenuto di grassi e zuccheri nascosti (ad esempio biscotti, merendine confezionate, patatine fritte, cioccolato). Non è possibile proibirli del tutto, ma devono essere un'eccezione.

Per quanto riguarda i fuoripasto (oltre ai tre pasti principali e ai due spuntini), non è utile far sentire in colpa il bambino. Al contrario, è opportuno aiutarlo a capire cosa scatena la ricerca di cibo (trigger) e provvedere a limitare o eliminare i trigger (noia, tristezza, frustrazione, disponibilità del cibo, ecc.).



Pubblicità e shopping

C'è una grande abbondanza di informazione pubblicitaria dedicata alle famiglie e, in particolare, ai bambini. Purtroppo le informazioni non sono sempre accurate. Ricordati di leggere le etichette e di parlarne con il tuo bambino.

Shopping alimentare in pratica:

- Attenzione alle promozioni che ti offrono più di quanto desideri;
- Prova a organizzare un programma di spesa in modo da limitare il numero di volte che vai al supermercato;
- Prepara un elenco di articoli da acquistare;
- Evita di fare acquisti a stomaco vuoto;
- Incoraggia il bambino a scegliere frutta e verdura.

Una dieta variata

Una dieta varia è essenziale per dare al corpo ciò di cui ha bisogno. Probabilmente ci sono alimenti che il tuo bambino non gradisce. Ricorda, alcuni cibi richiedono di essere assaggiati fino a 15 volte prima di essere assaporati con gusto. Quindi, pazienza!

La dieta variata in pratica:

- Chiedi al tuo bambino di provare i cibi nuovi. Chiedilo e richiedilo;
- Crea un piatto colorato;
- Permetti al bambino di partecipare alla spesa e alla preparazione dei pasti;
- I genitori sono modelli. Sii un esempio!



Immagine corporea e autostima

La nostra società attribuisce grande importanza all'immagine. Viene incoraggiata la ricerca della magrezza e le rotondità sono stigmatizzate.

I bambini sovrappeso spesso soffrono per le prese in giro e i commenti negativi. La cosa è ancora più dannosa quando avviene ad opera dei membri della famiglia.

I giovani che hanno una scarsa autostima sono a maggior rischio di aumento di peso e più frequentemente adottano diete inadeguate.

Immagine corporea e autostima in pratica:

- Accetta tuo figlio incondizionatamente.
- Aiuta il bambino a piacersi.
- Digli che gli vuoi bene
- Parla abitualmente delle qualità del tuo bambino e delle cose che fa bene.
- Incoraggia il bambino a partecipare alle attività che gli piacciono e in cui si sente a suo agio.
- Non attribuire molta importanza all'aspetto fisico.
- Non tollerare commenti o scherzi sul peso o l'aspetto fisico.
- Affronta le prese in giro, il bambino ha bisogno del tuo sostegno. Trova il tempo di parlare assieme.
- Ascolta il bambino quando esprime il suo malessere.
- Le critiche non motivano. Evitale!



Per consigli e supporto

Se c'è bisogno puoi chiamare o consultare

- Il tuo pediatra;
- Un dietista;
- Il Centro per i Disturbi Alimentari;
- Le associazioni dei familiari;



Le risorse del nostro territorio

Il Centro per i Disturbi Alimentari di San Vito al Tagliamento

Il **Centro per i Disturbi Alimentari** è un'unità operativa del Dipartimento di Salute Mentale dell'AAS5 "Friuli Occidentale".

Si occupa di persone che soffrono di disturbi del comportamento alimentare quali anoressia e bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi atipici.

Il gruppo di lavoro prevede le figure di: psicologo, psichiatra, medico internista, dietista, infermiere professionale, operatore alla segreteria.

Qualora sia necessario un ricovero è attivata una collaborazione con i reparti ospedalieri di medicina e pediatria.

Il centro offre una pluralità di interventi che vengono attivati in relazione alle necessità della persona.

In generale, nel percorso del trattamento, possono essere individuate tre tappe, che consistono in:

- colloquio di accogliimento;
- valutazione;
- intervento.

Il **colloquio** di accogliimento rappresenta il primo contatto con il centro ed ha la funzione di raccogliere alcuni dati sul problema e di fornire alla persona una serie di informazioni sul funzionamento del centro in modo da aiutarla ad orientarsi sui modi e sui tempi degli interventi.

La **fase di valutazione** ha lo scopo di effettuare una attenta disamina del problema presentato in modo da formulare una diagnosi e individuare il trattamento più idoneo. La valutazione è multidimensionale e si articola in una visita medica, in un colloquio



psicologico con la persona interessata la sua famiglia, se si tratta di minori, in una valutazione testistica e una valutazione nutrizionale. Gli **interventi** che vanno a costituire il piano terapeutico sono graduati sulla base delle diverse esigenze. In generale il centro per i disturbi alimentari è in grado di erogare:

- monitoraggio medico
- terapia farmacologica
- interventi psicoeducativi
- interventi motivazionali
- counselling
- counselling nutrizionale
- riabilitazione nutrizionale
- colloquio psicologico
- psicoterapia individuale
- consulenza alla famiglia

In condizioni di gravità sul piano organico si procede ad un ricovero presso i reparti di Medicina e Pediatria.



Per i primi appuntamenti telefonare dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 12:30

telefono: 0434 841760

fax: 0434 841600

Piazzale Linteris 1, SAN VITO AL TAGLIAMENTO

http://www.ass6.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/_docs/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/dir_sanitaria/dip_salute_mentale/sc_centro_disturbi_alimentari/struttura.html

Cos'è ADAO Friuli ONLUS?

A.D.A.O. (Associazione Disturbi Alimentari e Obesità) Friuli è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro, apartitica e aconfessionale che persegue il fine della solidarietà civile, culturale e sociale.

A.D.A.O. Friuli è stata fondata il 20 febbraio 2003 da un gruppo di persone che hanno aderito all'appello di genitori, medici e psicologi sensibili alla necessità di cercare risposte e consigli ai problemi legati ai disturbi del comportamento alimentare, all'obesità e al disagio giovanile.

A.D.A.O. Friuli fa parte di Consult@noi, la consulta nazionale delle associazioni dei familiari di persone che soffrono di disturbi alimentari - <http://www.consultanoi.it/>

ADAOFriuli ONLUS si propone di:

- difendere i diritti fondamentali delle persone affette da disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile, e delle loro famiglie, attraverso molteplici e differenziati interventi pubblici e privati;
- promuovere ogni sorta di azione diretta a sensibilizzare l'opinione pubblica relativamente alle problematiche dei disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile;
- richiamare l'attenzione degli organi legislativi, amministrativi e sanitari dello Stato, della Regione, degli Enti locali e delle ASL, al fine di promuovere e sostenere iniziative atte a migliorare i servizi di assistenza e le condizioni di vita attraverso azioni normative, assistenziali e di coordinamento;

- stimolare i servizi preposti alla cura e all'assistenza affinché sia garantita la presa in carico, la continuità terapeutica e riabilitativa per le persone sofferenti per disturbi del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile anche attraverso la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione degli operatori, dei volontari e dei familiari nonché attraverso la presenza di idonee figure professionali;
- proporre, stimolare e sostenere le iniziative di prevenzione, affiancare e sostenere le associazioni scientifiche, di ricerca e studio che si occupano di disturbi alimentari del comportamento alimentare, dell'obesità e del disagio giovanile;
- richiedere la creazione e/o il miglioramento e della necessaria rete di strutture e servizi negli ospedali e nel territorio;
- promuovere la raccolta di dati e la ricerca per studi statistici ed epidemiologici;
- ricevere contributi, donazioni, lasciti testamentari, raccogliere fondi per gli scopi dell'associazione e destinarli al conseguimento di fini statutarie;
- collaborare con enti pubblici e privati per lo sviluppo dei collegamenti e degli scambi di informazioni;
- realizzare tutto ciò che gli organi associativi ai vari livelli riterranno opportuno per il conseguimento degli scopi prefissi;
- predisporre e favorire la pubblicazione di libri, riviste e notiziari atti alla diffusione delle informazioni e delle conoscenze scientifiche.

Per maggiori informazioni sulle attività svolte:

<http://www.adaofriuli.com/adao/ADAO+Friuli/Curriculum.html>

Per contattarci: <http://www.adaofriuli.com/adao/Contatti.html>

oppure al numero telefonico 3284708812

Bibliografia

1. Inge TH, King WC, Jenkins TM, et al. The effect of obesity in adolescence on adult health status. *Pediatrics*. 2013;132(6): 1098–1104
2. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*. 1995;16(6): 420–437
3. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *J Adolesc Health*. 2015;56(1): 19–24
4. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Parental perceptions of weight terminology that providers use with youth. *Pediatrics*. 2011;128(4). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/128/4/e786
5. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6): 1240–1253
6. Daniels SR, Hassink SG; Committee on Nutrition. The role of the pediatrician in primary prevention of obesity. *Pediatrics*. 2015;136(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/136/1/e275
7. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011–2012. *JAMA*. 2014;311(8): 806–814
8. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2011: with special features on socioeconomic status and health. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services; 2012. Available at: www.cdc.gov/nchs/data/health_us/11.pdf. Accessed November 10, 2015
9. Trasande L, Elbel B. The economic burden placed on healthcare systems by childhood obesity. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012;12(1): 39–45
10. The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM, Gordon-Larsen P. Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. *JAMA*. 2010;304(18): 2042–2047
11. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*. 1997;337(13): 869–873
12. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr*. 1999;70(1):145S–148S
13. Tirosh A, Shai I, Afek A, et al. Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. *N Engl J Med*. 2011;364(14): 1315–1325
13. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. 2005;115(1): 22–27
14. Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Prevalence of pre-diabetes and its association with clustering of cardiometabolic risk factors and hyperinsulinemia among U.S. adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey 2005–2006. *Diabetes Care*. 2009;32(2):342–347

15. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005;116(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e125
16. French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obes Res*. 1995;3(5):479–490
17. Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*. 2000;105(1). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e15
18. Strauss RS, Pollack HA. Social marginalization of overweight children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(8):746–752
19. Madden S, Morris A, Zurynski YA, Kohn M, Elliot EJ. Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Med J Aust*. 2009;190(8):410–414
20. Nicholls DE, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011;198(4):295–301
21. Pinhas L, Morris A, Crosby RD, Katzman DK. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(10):895–899
22. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al. Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *J Adolesc Health*. 2015;56(4):370–375
23. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006;39(7):565–569
24. Zhao Y, Escinosa W. An Update on Hospitalizations for Eating Disorders, 1999 to 2009. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research; 2011. Statistical Brief No. 120
25. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714–723
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013
27. Sonnevile KR, Horton NJ, Micali N, et al. Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA Pediatr*. 2013;167(2):149–155
28. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL, Lock JD. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics*. 2010;125(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/125/5/e1193
29. Whitelaw M, Gilbertson H, Lee KJ, Sawyer SM. Restrictive eating disorders among adolescent

inpatients. *Pediatrics*. 2014;134(3). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/134/3/e758

30. Golden NH, Carlson JL. The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1135:163–178
31. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*. 2013;132(4). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/132/4/e1026
32. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition*. 7th Edition: Adolescent Nutrition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2014
33. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, et al. Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):754–760
34. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154(6):569–577
35. Field AE, Austin SB, Taylor CB, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 2003;112(4):900–906
36. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JL, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007;33(5):359–369
37. Stice E, Cameron RP, Killen JD, Hayward C, Taylor CB. Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):967–974
38. Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(2):195–202
39. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318(7186):765–768
40. Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meal frequency and weight status among adolescents: crosssectional and 5-year longitudinal associations. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(11):2529–2534
41. Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Berkey CS, et al. Family dinner and adolescent overweight. *Obes Res*. 2005;13(5):900–906
42. Sen B. Frequency of family dinner and adolescent body weight status: evidence from the national longitudinal survey of youth, 1997. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(12):2266–2276
43. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C. Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*. 2003;103(3):317–322

44. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(9):1502–1510
45. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *J Adolesc Health.* 2004;35(5):350–359
46. Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Story M, Larson NI. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(1): 17–22
47. Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eat Disord.* 2010;18(1):10–24
48. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health.* 2009;44(3):206–213
49. Berge JM, MacLehose RF, Loth KA, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *J Behav Med.* 2015;38(1):122–135
50. Loth KA, Neumark-Sztainer D, Croll JK. Informing family approaches to eating disorder prevention: perspectives of those who have been there. *Int J Eat Disord.* 2009;42(2):146–152
51. Berge JM, MacLehose R, Loth KA, Eisenberg M, Bucchianeri MM, Neumark-Sztainer D. Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered eating behaviors. *JAMA Pediatr.* 2013;167(8):746–753
52. Haines J, Hannan PJ, van den Berg P, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Weight-related teasing from adolescence to young adulthood: longitudinal and secular trends between 1999 and 2010. *Obesity (Silver Spring).* 2013;21(9):E428–E434
53. Eisenberg ME, Berge JM, Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D. Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviors in young adults. *J Behav Med.* 2012;35(5):500–508
54. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and nonoverweight adolescents: implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(2):171–178
55. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health.* 2006;39(2):244–251
56. Neumark-Sztainer D, Croll J, Story M, Hannan PJ, French SA, Perry C. Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J Psychosom Res.* 2002;53(5):963–974

57. Kelly AM, Wall M, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Adolescent girls with high body satisfaction: who are they and what can they teach us? *J Adolesc Health*. 2005;37(5):391–396
58. Flattum C, Friend S, Neumark-Sztainer D, Story M. Motivational interviewing as a component of a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(1):91–94
59. Sepulveda AR, Wise C, Zabala M, Todd G, Treasure J. Development and reliability of a Motivational Interviewing Scenarios Tool for Eating Disorders (MIST-ED) using a skillsbased intervention among caregivers. *Eat Behav*. 2013;14(4):432–436
60. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2012;200(1):1–11
61. Carcone AI, Naar-King S, Brogan KE, et al. Provider communication behaviors that predict motivation to change in black adolescents with obesity. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(8):599–608
62. Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational interviewing for pediatric obesity: conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(12):2024–2033
63. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(5):495–501
64. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*. 2015;135(4):649–657
65. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Helping People Change*. 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2013
66. American Academy of Pediatrics. *Motivational interviewing. Healthy Active Living for Families Implementation Guide*. Available at: www.aap.org/en-us/advocacyand-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/communicating-with-families/Pages/Motivational-Interviewing.aspx. Accessed November 10, 2015
67. Resnicow K, Harris D, Schwartz R, et al. Can brief motivational interviewing in practice reduce child body mass index? Results of a 2-year randomized controlled trial [abstr]. Presented at: Pediatric Academic Societies Annual Meeting; Vancouver, British Columbia, Canada; May 4, 2014
68. Forman SF, Grodin LF, Graham DA, et al; National Eating Disorder QI Collaborative. An eleven site national quality improvement evaluation of adolescent medicine-based eating disorder programs: predictors of weight outcomes at one year and risk adjustment analyses. *J Adolesc Health*. 2011;49(6):594–600
69. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, et al; Society for Adolescent Health and Medicine. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):121–125
70. Lock J, Le Grange D, Atras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anore-

xia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(10):1025–1032

71. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controller comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(9):1049–1056
72. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. J Adolesc Health. 2013;53(4):433–440
73. Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL. The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159(3):225–230
74. Robinson TN, Killen JD, Kraemer HC, et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study. Ethn Dis. 2003;13(1, suppl 1):S65–S77
75. Shrewsbury VA, Steinbeck KS, Torvaldsen S, Baur LA. The role of parents in pre-adolescent and adolescent overweight and obesity treatment: a systematic review of clinical recommendations. Obes Rev. 2011;12(10):759–769
76. Strasburger VC; Council on Communications and Media. Children, adolescents, obesity, and the media. Pediatrics. 2011;128(1):201–208
77. Barr-Anderson DJ, van den Berg P, Neumark-Sztainer D, Story M. Characteristics associated with older adolescents who have a television in their bedrooms. Pediatrics. 2008;121(4):718–724
78. Bauer KW, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Hannan PJ, Story M. Familial correlates of adolescent girls' physical activity, television use, dietary intake, weight, and body composition. Int J Behav Nutr Phys Act. 2011;8:25
79. Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Pediatrics. 2007;120(suppl 4):S164–S192

ADAO Friuli ONLUS
www.adaofriuli.com
328 - 4708812