

**COSA SONO?**

**QUALI SONO  
LE CURE PIÙ  
EFFICACI?**

# **I disturbi dell'alimentazione**

**DA-NAS**

**ANORESSIA  
NERVOSA**

**BULIMIA  
NERVOSA**

**AIDAP**

Associazione Italiana Disturbi  
dell'Alimentazione e del Peso

[www.aidap.org](http://www.aidap.org)



## Introduzione

I disturbi dell'alimentazione sono un problema diffuso nel nostro Paese, ma la loro conoscenza è ancora scarsa. In parte ciò è dovuto alla disinformazione dei mezzi di comunicazione popolari e in parte alla scadente formazione ricevuta dai medici, psicologi e altri sanitari su questi disturbi. La conseguenza negativa è che la maggioranza delle persone – anche quelle che soffrono di questi disturbi – conosce poco questo problema. Le informazioni imprecise portano le persone affette da disturbi dell'alimentazione ad avere idee sbagliate sulle cause del loro problema, a intraprendere trattamenti non adeguati e, in alcuni casi, a scatenare o aggravare il loro disturbo.

In questo libretto sono riportate in modo sintetico le conoscenze scientifiche più aggiornate sui disturbi dell'alimentazione. Le informazioni, scritte in un linguaggio accessibile al grande pubblico, possono risultare utili anche ai terapeuti perché rappresentano un concentrato aggiornato delle conoscenze attuali nel campo dei disturbi dell'alimentazione.

Buona lettura.

Dr. Riccardo Dalle Grave  
*Presidente AIDAP*



Questo manuale è protetto da copyright  
© AIDAP, Giugno 2012

Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)  
Via Sansovino 16 - 37138 Verona - Tel. 0458103915 - Fax 045 8102884  
E-mail: [info@aidap.org](mailto:info@aidap.org) - Sito web: [www.aidap.org](http://www.aidap.org)

Nessuna parte del manuale può essere riprodotta senza il permesso scritto dell'editore. I pazienti possono fotocopiare parti del libretto a scopo terapeutico.

## I disturbi dell'alimentazione

I disturbi dell'alimentazione nelle ultime due decadi hanno attratto un grande interesse nei media e nella gente comune, ma tuttora costituiscono un enigma per i ricercatori e una difficile sfida per i clinici. Le loro cause non sono note, anche se un'interazione complessa di fattori biologici, psicologici e sociali sembra giocare un ruolo potenziale nell'aumentare il rischio del loro sviluppo. Negli ultimi anni, comunque, sono stati compiuti progressi significativi nella loro comprensione e trattamento.

## La definizione

I disturbi dell'alimentazione sono definiti come persistenti *disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica e il funzionamento psicosociale, che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.*

## La classificazione medica

La classificazione medica riconosce tre categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS). La **Tabella 1** riporta la classificazione medica e i criteri diagnostici principali dei disturbi dell'alimentazione.

**Tabella 1.** Classificazione medica dei disturbi dell'alimentazione

### Classificazione

- Anoressia nervosa.
- Bulimia nervosa.
- Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS).

### Criteri diagnostici principali

#### Anoressia nervosa

- Mantenimento attivo di basso peso (es. Indice di Massa Corporea  $\leq 17,5$  kg/m<sup>2</sup>).
- Paura di ingrassare.
- Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo (cioè giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di alimentazione, peso, forma del corpo e loro controllo).
- Amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi) nelle donne che hanno già menstruato o assunzione di estrogeni. Il valore dell'amenorrea è in discussione perché le persone che hanno tutti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa ad eccezione dell'amenorrea hanno problemi psicologici simili e una risposta simile al trattamento. Inoltre, il criterio amenorrea non può essere applicato alle donne che sono in menopausa o ai maschi.

#### Bulimia nervosa

- Episodi bulimici ricorrenti (assunzione di grandi quantità di cibo con perdita di controllo).
- Comportamenti di compenso ricorrenti (es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici, digiuno, esercizio fisico eccessivo e compulsivo).
- Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.
- Non soddisfacimento dei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa.

#### Disturbi dell'alimentazione NAS

- Disturbi dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfano i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa.
- In questo gruppo è compreso il *disturbo da alimentazione incontrollata* caratterizzato da episodi bulimici ricorrenti in assenza dell'uso regolare di comportamenti di compenso.

## Anoressia nervosa

### Chi colpisce

L'anoressia nervosa colpisce lo 0,6% delle adolescenti e delle giovani donne adulte dei Paesi occidentali. Ha un'insorgenza tipica nell'adolescenza o nella prima età adulta, anche se in alcuni casi può iniziare nella tarda infanzia o nell'età adulta. Il disturbo affligge in modo predominante il sesso femminile con un rapporto maschi/femmine di uno a dieci.

L'anoressia nervosa è un disturbo tipico della popolazione occidentale mentre è rara nei Paesi in via di sviluppo, dove non esiste una pressione sociale verso la magrezza. Negli anni Sessanta colpiva prevalentemente le classi agiate, ma adesso è distribuita in modo più omogeneo nelle classi sociali. Infine, in alcune categorie occupazionali il disturbo sembra essere molto frequente; i casi tipici sono le professioni che rientrano nel mondo della moda e della danza.

### Caratteristiche cliniche e decorso

L'anoressia nervosa nei casi tipici inizia nell'adolescenza con una marcata perdita ponderale e il raggiungimento di peso corporeo molto basso. La perdita di peso è perseguita attivamente seguendo una dieta ferrea e molto ipocalorica. Alcune persone per perdere peso eseguono un'attività fisica eccessiva e compulsiva. Altre per dimagrire si inducono il vomito o usano altre forme non salutari di controllo del peso, come ad esempio l'uso improprio di lassativi o di diuretici.

In alcuni adolescenti il disturbo è breve e guarisce senza alcuna cura o con un trattamento breve, ma spesso persiste e richiede trattamenti specialistici complessi. Lo sviluppo di comportamenti bulimici è frequente e circa la metà delle persone migra verso una diagnosi di bulimia nervosa. Sintomi comuni, che peggiorano con la perdita di peso e spesso scompaiono con la normalizzazione ponderale, sono la depressione, il deficit di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale, l'ossessività e l'isolamento sociale.

In generale, il tasso di remissione dall'anoressia nervosa è attorno al 20-30% dopo due-quattro anni dall'esordio ma aumenta a circa il 70-80% dopo otto o più anni. Sfortunatamente, il 10-20% delle persone che ne sono colpite sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita. In questi casi, l'anoressia nervosa danneggia gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o

lavorativa. Il tasso grezzo di mortalità è attorno al 5% per le complicanze della denutrizione o per suicidio.

Fattori prognostici positivi sono la giovane età e la breve durata di malattia. Fattori prognostici negativi sono la presenza di problematiche mediche e psichiatriche coesistenti all'anoressia nervosa.

## Bulimia nervosa

### Chi colpisce

La bulimia nervosa colpisce l'1% delle adolescenti e delle giovani donne. Come per l'anoressia nervosa, l'età d'esordio del disturbo è nell'adolescenza o nella prima età adulta. Gli uomini sono colpiti raramente e non abbiamo dati per affermare che il disturbo sia in aumento tra i maschi. La bulimia nervosa è presente soprattutto tra i bianchi, mentre è rara tra gli afroamericani e nei Paesi in via di sviluppo e sembra essere distribuita in modo omogeneo nelle classi sociali.

Le persone colpite sono generalmente di peso normale, alcune lievemente sottopeso, altre leggermente sovrappeso, pochissime hanno una condizione di obesità.

### Caratteristiche cliniche e decorso

La bulimia nervosa inizia nei casi tipici con una dieta estrema e rigida e circa un quarto delle persone colpite ha un periodo durante il quale soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Dopo un certo periodo, le abbuffate interrompono la restrizione dietetica e di conseguenza il peso corporeo tende a rimanere nella norma o lievemente al di sopra o sotto la norma. Nella maggior parte dei casi gli episodi bulimici sono seguiti da comportamenti di compenso eliminativi, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e/o di diuretici oppure da comportamenti di compenso non eliminativi, come la restrizione dietetica estrema e rigida o l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo.

Il tasso di remissione della bulimia a breve termine è basso (27- 28% a un anno dall'esordio) e migliora con il passare del tempo (oltre il 70% a 10 o più anni dall'esordio), ma circa il 23% ha un decorso cronico protratto. Il passaggio all'anoressia nervosa è raro, ma verso i disturbi dell'alimentazione NAS e il disturbo da

alimentazione incontrollata avviene nel 20% dei casi. Il tasso grezzo di mortalità varia dallo 0% al 2%.

La bulimia nervosa, come l'anoressia nervosa, se persiste negli anni danneggia gravemente le relazioni sociali e la carriera scolastica e lavorativa.

## Disturbi dell'alimentazione NAS

La diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS è da riservarsi alle persone che hanno un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. La diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS è stata ideata con l'intento di creare una categoria diagnostica residua di disturbi dell'alimentazione. In realtà, studi recenti hanno osservato che i disturbi dell'alimentazione NAS costituiscono la metà circa dei pazienti ambulatoriali o ricoverati affetti da disturbo dell'alimentazione e come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sembrano colpire soprattutto le adolescenti e le giovani donne.

I disturbi dell'alimentazione NAS, sebbene siano il più comune disturbo dell'alimentazione, sono stati in concreto ignorati dai ricercatori e sono pochissimi gli studi sul loro trattamento.

### Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata, per il momento ancora incluso nella categoria dei disturbi NAS, ha un'età d'insorgenza più elevata dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa e circa il 3% della popolazione ne è colpita nel corso della vita.

Il disturbo, sebbene condivida con la bulimia nervosa gli episodi bulimici, presenta le seguenti differenze: (1) gli episodi bulimici 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 piuttosto che di restrizione dietetica; ciò spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità (è stato calcolato che circa il 10% dei pazienti che richiedono un trattamento per perdere peso soffre di disturbo da alimentazione incontrollata); (2) è frequente anche negli uomini (è stato osservato che circa 1/4 dei casi appartiene al genere maschile); (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 circa l'80% e la migrazione verso l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa è rara.

### Sindrome da alimentazione notturna

Questo disturbo si caratterizza per la presenza di mancanza di appetito la mattina, alimentazione in eccesso la sera, difficoltà ad addormentarsi e necessità di mangiare prima di addormentarsi, risvegli notturni accompagnati dalla necessità di mangiare per riuscire a riaddormentarsi. Il disturbo sembra essere associato anche a depressione e stress. In contrasto con l'assunzione di cibo che a volte avviene nei disturbi del sonno, nella sindrome da alimentazione notturna le persone sono consapevoli di quello che mangiano e tendono a non avere fame e a mangiare poco nella prima parte della giornata.

La sindrome da alimentazione notturna non è riconosciuta ancora dalla classe medica come un disturbo distinto e la sua definizione è materia di discussione tra i ricercatori.

## La realtà clinica: esiste un solo disturbo dell'alimentazione?

Due osservazioni sembrano indicare che la classificazione medica dei disturbi dell'alimentazione sia un artefatto e non una descrizione accurata della realtà clinica e che verosimilmente esista un "solo disturbo dell'alimentazione" (*ipotesi transdiagnostica*) che possa assumere caratteristiche cliniche diverse da un individuo all'altro, ma anche in una stessa persona.

### 1. I disturbi dell'alimentazione hanno caratteristiche simili

L'aspetto che colpisce di più, quando si incontrano persone affette da anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS è la somiglianza tra di loro. In particolare, tutti e tre i disturbi dell'alimentazione condividono il medesimo nucleo psicopatologico e cioè l'eccessiva valutazione del peso e della forma del

corpo. Questa è definita come la tendenza a giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso e forma del corpo. Tale caratteristica è osservata solo nei disturbi dell'alimentazione e spiega le principali caratteristiche cliniche osservate nell'anoressia nervosa, nella bulimia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS (per tale motivo in questo libretto è chiamata psicopatologia specifica e centrale).

## 2. I disturbi dell'alimentazione migrano da una diagnosi all'altra

Gli studi che seguono i pazienti nel tempo hanno osservato una frequente migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra (Figura 1). Le ricerche hanno anche trovato che raramente i disturbi dell'alimentazione migrano verso altri disturbi mentali. Queste osservazioni indicano che i disturbi dell'alimentazione rappresentano una categoria diagnostica distinta (non migrano verso altri

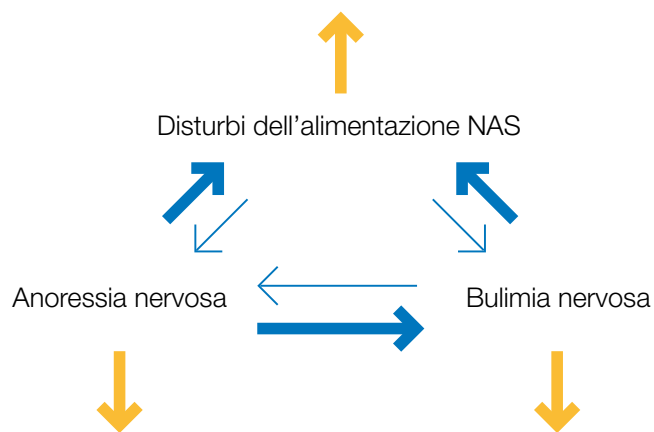


Figura 1.

**La migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra**

La dimensione delle frecce indica la probabilità del movimento nella direzione indicata. Le frecce in giallo indicano l'uscita dal disturbo dell'alimentazione.

disturbi psichiatrici) e che la suddivisione nelle tre categorie diagnostiche è probabilmente un artefatto della classificazione che non riflette la realtà clinica.

## La prospettiva transdiagnostica

L'osservazione che i disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche e tendono a persistere nel tempo modificandosi, ma non a evolvere in altri disturbi mentali suggerisce che siano mantenuti da meccanismi comuni.

La teoria transdiagnostica, sviluppata presso l'università di Oxford, considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che tre disturbi separati. Secondo questa teoria una persona ha un disturbo dell'alimentazione se sono presenti le seguenti tre caratteristiche:

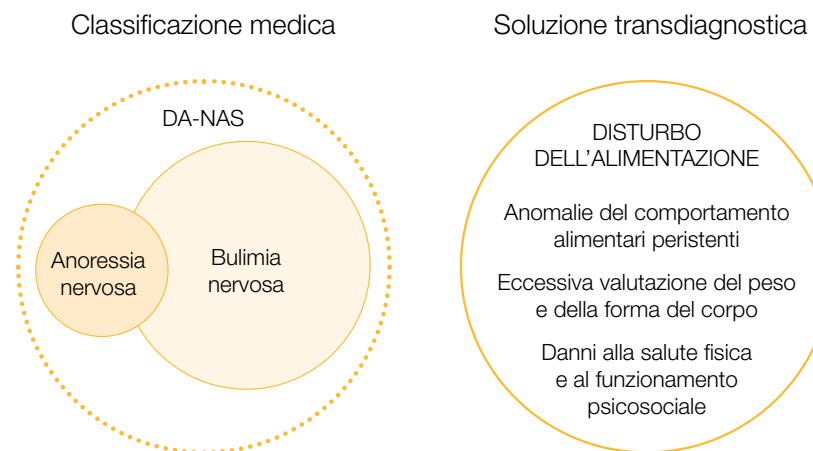


Figura 2.

**La soluzione transdiagnostica considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che tre disturbi separati**

1. Anomalie del comportamento alimentare e/o di comportamenti di controllo del peso “persistenti” (es. per almeno tre mesi).
2. Eccessiva valutazione del peso e/o della forma del corpo e/o del controllo dell'alimentazione.
3. Danni alla salute fisica e al funzionamento psicosociale causati dalle anomalie del comportamento e/o dall'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione.

La **Figura 2** riporta graficamente le differenze tra la classificazione medica e la prospettiva transdiagnostica.

## Le cause

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 sulla 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 ancora bene le cause dei disturbi dell'alimentazione. I dati derivati dalla ricerca più recente sembrano indicare che derivino dalla combinazione di **predisposizione genetica** e **fattori di rischio ambientali**. Purtroppo, non si sa ancora nulla sui processi causali individuali coinvolti e su come i fattori genetici interagiscano con quelli ambientali.

La **Tabella 2** riporta un elenco dei potenziali fattori di rischio evidenziati dalla ricerca.

I fattori di rischio generali si riferiscono a condizioni non modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare i disturbi dell'alimentazione (cioè costituiscono un aumento di rischio per tutta la popolazione).

**Tabella 2.** I fattori di rischio potenziali dei disturbi dell'alimentazione evidenziati dalla ricerca

### Fattori di rischio generali

- Sesso femminile.
- Adolescenza e prima età adulta.
- Vivere in una società occidentale.

### Fattori di rischio individuali

#### Condizioni presenti nei familiari

- Disturbi dell'alimentazione.
- Depressione.
- Alcolismo (bulimia nervosa).
- Tratti ossessivi e perfezionistici (anoressia nervosa).
- Obesità (bulimia nervosa).

#### Esperienze prima dello sviluppo del disturbo dell'alimentazione

- Complicazioni ostetriche/perinatali.
- Problemi con i genitori.
- Abusi sessuali.
- Esperienze di derisione per il peso e la forma del corpo.
- Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza.

#### Caratteristiche dell'individuo

- Obesità (bulimia nervosa).
- Problemi alimentari e digestivi nella prima infanzia (anoressia nervosa).
- Preoccupazione per il peso e la forma del corpo.
- Tratti di personalità (bassa autostima, perfezionismo, intolleranza alle emozioni).
- Ansia e disturbi d'ansia.
- Funzionamento neuropsicologico caratteristico.

#### Comportamenti

- Dieta.

I fattori di rischio individuali si riferiscono a condizioni che colpiscono in modo specifico il sottogruppo di individui che sviluppa il disturbo dell'alimentazione.

## I meccanismi di mantenimento 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**.

Cognitivo comportamentale significa che la teoria analizza principalmente i pensieri (cognitivo) e i comportamenti (comportamentale) implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Transdiagnostica significa che la teoria (e la terapia derivata da essa) è applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati).

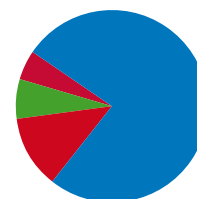
La teoria sostiene che l'**eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione** è il problema psicologico centrale dei disturbi dell'alimentazione. Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini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

Tale sistema di valutazione è disfunzionale per tre motivi: (1) è rischioso valutare se stessi in un solo dominio (se si fallisce nel controllare il peso o la forma del corpo crolla l'intero sistema di autovalutazione); (2) in alcuni domini, come ad esempio il peso o la forma del corpo, non si riesce ad avere mai successo (non si è mai abbastanza magri o non si riesce mai avere una forma del corpo "perfetta"); (3) la focalizzazione esclusiva sul peso e la forma del corpo marginalizza altre aree della vita, riducendo gli interessi solo al corpo ed elude inevitabilmente un impegno in altri domini della vita (es. scuola, relazioni, lavoro) che contribuiscono a sviluppare un sistema di autovalutazione funzionale, stabile e articolato.

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 essa. Ad esempio, i comportamenti di controllo del peso estremi (**dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo e compulsivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici**) e il raggiungimento e il mantenimento del sottopeso e della sindrome da denutrizione (**Tabella 3**), si possono verificare solo se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il suo valore.

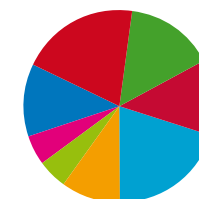
Ci sono delle evidenze sempre più crescenti che l'interruzione dei fattori di mantenimento sia necessaria per la guarigione dal disturbo dell'alimentazione.

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE DI UNA PERSONA AFFETTA DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE



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

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE DI UNA PERSONA NON AFFETTA DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE



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

**Figura 3.**

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



**Tabella 3. I sintomi della sindrome da denutrizione riportati dai partecipanti al Minnesota Study.**

#### Attitudini e comportamenti nei confronti del cibo

- Preoccupazioni per il cibo.
- Collezione di ricette, libri di cucina e menù.
- Inusuali abitudini alimentari.
- Incremento del consumo di caffè, tè e spezie.
- Occasionale introito esagerato e incontrollato di cibo.

#### Modificazioni emotive e sociali

- Depressione.
- Ansia.
- Irritabilità e rabbia.
- Sbalzi del tono dell'umore.
- Episodi psicotici.
- Cambiamenti di personalità confermati dai test psicologici.
- Isolamento sociale.

#### Modificazioni cognitive

- Diminuita capacità di concentrazione.
- Diminuita capacità di pensiero astratto.
- Apatia.

#### Modificazioni fisiche

- Disturbi del sonno.
- Debolezza.
- Disturbi gastrointestinali.
- Ipersensibilità al rumore e alla luce.
- Edema.
- Ipotermia.
- Parestesie.
- Diminuzione del metabolismo basale.
- Diminuzione dell'interesse sessuale.

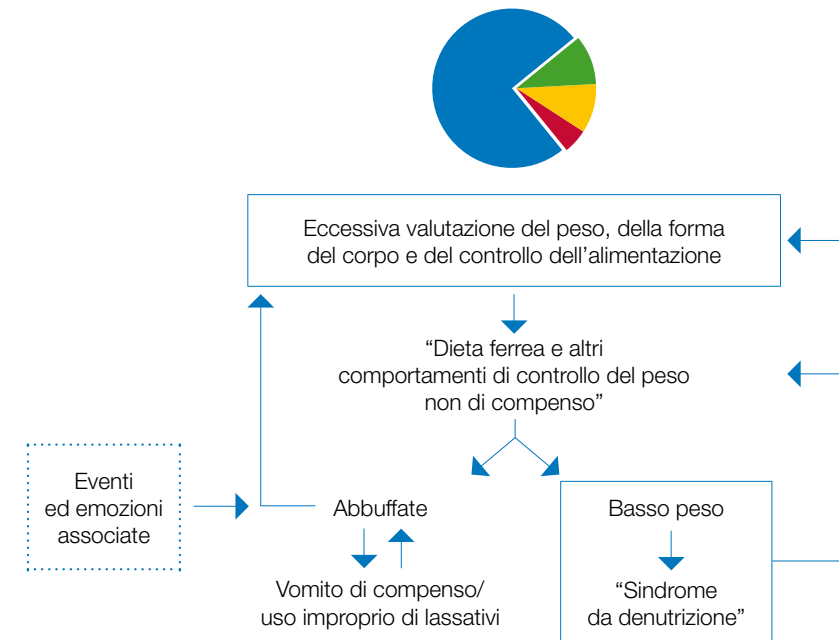
#### Modificazioni della fame e della sazietà

- Aumento della fame.
- Precoce senso di pienezza.

Tratta da Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.

L'unico comportamento non strettamente legato allo schema di autovalutazione disfunzionale è l'*abbuffata*. Presente in un sottogruppo di persone affette da disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza del tentativo di restringere in modo ferreo l'alimentazione o, in taluni casi, di modulare *eventi ed emozioni associate*.

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 cosiddetti *meccanismi di mantenimento specifici* (perché sono presenti solo in questi disturbi) (Figura 4).



**Figura 4. I principali meccanismi specifici di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione.**

Adattata da Fairbun (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* (pag. 32). Eclipsi: Firenze.

La nuova teoria propone che in un sottogruppo di pazienti siano presenti uno o più dei seguenti **meccanismi di mantenimento aggiuntivi o non specifici** (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche): (1) perfezionismo clinico; (2) bassa autostima nucleare; (3) difficoltà interpersonali. I meccanismi di mantenimento aggiuntivi, se presenti, interagiscono con i meccanismi di mantenimento specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione (Figura 5).

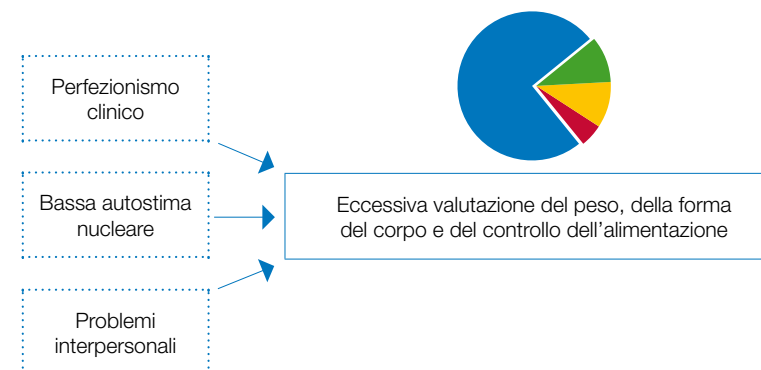
Ci sono delle evidenze sempre più crescenti che l'interruzione dei fattori di mantenimento sia necessaria per la guarigione dal disturbo dell'alimentazione.

## Le conseguenze

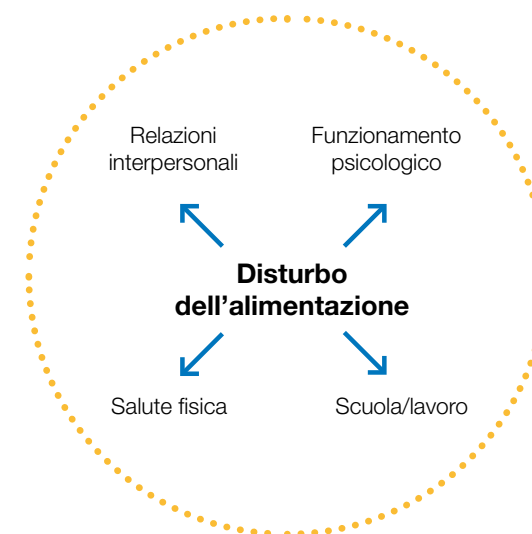
Le aree della vita potenzialmente danneggiate dai disturbi dell'alimentazione sono quattro (Figura 6): (1) salute fisica; (2) funzionamento psicologico; (3) relazioni interpersonali e (4) carriere scolastica e lavorativa. Maggiore è la durata e la gravità del disturbo dell'alimentazione, più numerose sono le aree della vita danneggiate e più gravi sono i danni che la persona subisce.

## Il trattamento

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione ha compiuto numerosi progressi ma molti altri ne deve fare. In questo momento per la terapia della bulimia nervosa possiamo utilizzare vari approcci, la cui efficacia è stata ampiamente documentata da rigorosi studi randomizzati. Per l'anoressia nervosa e i disturbi dell'alimentazione NAS, invece, non esistono ancora interventi la cui efficacia sia stata confermata da studi metodologicamente corretti, sebbene ve ne siano alcuni che hanno fornito risultati promettenti.



**Figura 5.** I meccanismi aggiuntivi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione



**Figura 6.** Aree danneggiate dal disturbo dell'alimentazione

## Raccomandazioni NICE per la cura dei disturbi dell'alimentazione

Nel 2004 nel Regno Unito, il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) ha pubblicato le linee guida per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione che hanno migliorato significativamente i limiti delle precedenti raccomandazioni delle associazioni professionali o da specialisti autorevoli. Le linee guida NICE sono basate

**Grado A** L'evidenza deriva da almeno uno studio randomizzato (gli studi più rigorosi per valutare se una terapia è efficace).

**Grado B** L'evidenza deriva da studi clinici ben condotti ma non randomizzati.

**Grado C** L'evidenza deriva dall'opinione di esperti, ma non da studi clinici.

Le raccomandazioni prodotte dalla NICE per i disturbi dell'alimentazione sono più di 100 e purtroppo sono quasi tutte di Grado C. La **Tabella 4** mostra le poche raccomandazioni con un grado di evidenza A o B.

## Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT)

La CBT applicata alla bulimia nervosa (CBT-BN), valutata in più di 20 studi controllati eseguiti nei maggiori centri di ricerca dei Paesi occidentali, ha un'efficacia pari o superiore a tutte le terapie con cui è stata confrontata e determina la remissione completa del disturbo in circa la metà dei pazienti che concludono il trattamento (circa l'80%). Gli studi eseguiti hanno dimostrato un buon mantenimento dei risultati sia a un anno sia a sei anni dopo la conclusione della terapia. Gli studi recenti hanno anche evidenziato che i pazienti che rispondono favorevolmente alla CBT-BN possono essere identificati dopo quattro settimane di cura: una riduzione del 70% dei comportamenti di compenso (es. vomito autoindotto) predice,

infatti, un esito positivo a distanza di un anno. La CBT-BN con alcune modifiche si è dimostrata efficace anche nello stabilizzare il comportamento alimentare delle persone con obesità affette da disturbo da alimentazione incontrollata.

Recentemente è stata sviluppata presso l'università di Oxford una forma di CBT "migliorata" chiamata CBT-E (E = Enhanced, tri t. migliorata). Il trattamento è basato sulla teoria transdiagnostica (vedi sopra) ed è stato chiamato migliorato perché introduce strategie più potenti per affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e perché è stato ideato per curare tutti i disturbi dell'alimentazione. Nel nuovo trattamento la diagnosi del disturbo dell'alimentazione non è rilevante per la cura, piuttosto il suo contenuto è dettato dai meccanismi di mantenimento presenti nel singolo paziente (vedi sopra teoria transdiagnostica). La CBT-E è stata inizialmente ideata per un trattamento ambulatoriale e per pazienti adulti, ma in Italia è stata adattata anche per livelli più intensivi di cura, come ad esempio il ricovero riabilitativo ordinario, il day-hospital e il trattamento ambulatoriale intensivo. La CBT-E è stata anche adattata per i pazienti adolescenti trattati sia a livello ambu-

### Tabella 4. Le principali raccomandazioni NICE con grado di evidenza A o B.

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

Tratto da National Institute of Clinical Excellence (2004). Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9: National Collaborating Centre for Mental Health.

latoriale sia a livello di ricovero e per pazienti che presentano condizioni mediche e psichiatriche coesistenti al disturbo dell'alimentazione.

La CBT-E prevede 20 sedute individuali della durata di 50 minuti per un periodo di tempo di 4 - 5 mesi nei pazienti non sottopeso e 40 sedute in quelle sottopeso. La CBT-E, valutata nella bulimia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS non sottopeso, determina un tasso di remissione in chi completa il trattamento del 60-70%. I dati preliminari che stanno emergendo dagli studi in corso in Inghilterra e in Italia sull'applicazione della CBT-E a livello ambulatoriale e di ricovero su pazienti con anoressia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS sottopeso sono promettenti e indicano che i cambiamenti osservati (normalizzazione del peso e riduzione dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) sembrano ben mantenuti anche dopo la conclusione del trattamento in circa il 60% dei casi.

### Terapia Interpersonale (IPT)

La IPT si pone come obiettivo di aiutare l'individuo a identificare e a modificare i suoi problemi interpersonali attraverso un intervento non direttivo e non interpretativo.

Nella cura della bulimia nervosa, studi controllati eseguiti in Inghilterra e Stati Uniti d'America hanno evidenziato che la IPT alla fine del trattamento è meno efficace rispetto alla CBT-BN, ma a distanza di un anno ottiene i medesimi risultati. I miglioramenti determinati dall'intervento si mantengono anche a sei anni dal termine della cura.

A differenza della CBT-BN, l'evidenza che supporta l'efficacia della IPT è più modesta. Per tale motivo la IPT non può essere raccomandata come intervento di prima scelta nella cura della bulimia nervosa, ma può essere indicata come alternativa per i pazienti che non accettano la CBT-BN. La IPT è stata applicata con successo anche in gruppo per trattare pazienti affetti da disturbo da alimentazione incontrollata.

L'intervento applicato nella bulimia nervosa consiste in 15-20 sessioni della durata di 50 minuti per un periodo di tempo di 4-5 mesi.

### Terapia Basata sulla Famiglia (FBT)

La FBT, ideata presso il Maudsley Hospital di Londra, è un trattamento intensivo ambulatoriale che promuove il controllo genitoriale della normalizzazione del peso del figlio/a adolescente affetto/a da anoressia nervosa, migliorando allo stesso tempo il funzionamento familiare in relazione allo sviluppo adolescenziale. L'ultimo studio controllato, eseguito su un campione di 120 giovani adolescenti moderatamente sottopeso affetti da anoressia nervosa di recente insorgenza (durata media del disturbo 11,3 mesi), ha evidenziato dopo un anno dalla fine del trattamento una remissione completa dall'anoressia nervosa nel 49,3% dei casi trattati con la FBT e del 23,2% dei casi trattati con l'AFT. Non è chiaro se i meccanismi di maggior successo della FBT, rispetto all' terapia individuale focalizzata sull'adolescente che non affrontava direttamente il recupero del peso. La FBT non è superiore alla terapia individuale se la durata dell'anoressia nervosa è superiore a tre anni e nella bulimia nervosa.

La FBT ha una durata di un anno, prevede 24 sedute della durata di un'ora.

### Auto-aiuto con i manuali

Negli ultimi 20 anni sono stati pubblicati numerosi libri di auto-aiuto per i disturbi dell'alimentazione, sia per i pazienti che per le loro famiglie. Molti di questi sono disponibili anche in Italia. I libri di auto-aiuto possono essere usati in vari modi: come unica forma di cura seguita dall'individuo (auto-aiuto puro); con il supporto di un professionista anche non specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione, come ad esempio un medico di base (auto-aiuto guidato); come aggiunta a un intervento specialistico (libro + aiuto terapeutico).

I dati a disposizione indicano che con l'auto-aiuto guidato si può ottenere la remissione completa degli episodi bulimici in circa il 30% dei pazienti, e in circa il 50-60% una riduzione significativa del loro numero.

### Antidepressivi

Gli antidepressivi sembrano avere qualche efficacia, purtroppo non di lunga durata, nel trattamento della bulimia nervosa. La fluoxetina, in particolare, al dosaggio di 60 mg al giorno determina una riduzione significativa della frequenza delle abbuffate e nel 20% dei casi una loro completa interruzione. Purtroppo, i risultati positivi del farmaco non sono duraturi e dopo 4 - 6 mesi la maggior parte

dei pazienti tende a ricadere. Nel disturbo da alimentazione incontrollata, come nella bulimia nervosa, gli antidepressivi sono in grado di ridurre le abbuffate e di migliorare il tono dell'umore a breve termine, ma non a lungo termine.

Gli studi che hanno valutato i vantaggi dell'uso di farmaci antidepressivi abbinati alla psicoterapia hanno dato risultati inconsistenti. Questa strategia va riservata a pazienti che presentano una depressione clinica coesistente con il disturbo dell'alimentazione.

### Ricovero e day-hospital

Il trattamento ospedaliero dei disturbi dell'alimentazione si pone due obiettivi generali che richiedono protocolli terapeutici differenti:

1. Stabilizzare le condizioni mediche-psichiatriche per gestire le complicanze acute del disturbo, in pazienti non necessariamente motivati a intraprendere una cura finalizzata alla guarigione.
2. Iniziare o continuare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e di mantenimento del disturbo.

Il primo obiettivo va perseguito, secondo i casi, in **reparti internistici o psichiatrici**, come ricovero ospedaliero ordinario, e non prevede necessariamente il coinvolgimento e l'impegno del paziente in un percorso di cura. Il secondo obiettivo prevede il diretto coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e va eseguito in **reparti di riabilitazione intensiva ospedaliera**. Il ricovero in queste strutture, a differenza del ricovero ospedaliero ordinario, va considerato come un passo critico nel processo di guarigione del paziente e per tale motivo è finalizzato ad affrontare sia gli aspetti fisici sia psicologici del disturbo. Sebbene non esistano linee guida universalmente riconosciute sulle indicazioni del ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva, i seguenti criteri sono ampiamente accettati dalla comunità scientifica internazionale:

- Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale ben condotto (es. nessun miglioramento o peggioramento dopo 12 settimane di cura)
- Presenza di condizioni mediche che rendono inappropriato un trattamento ambulatoriale (es. Indice di Massa Corporea < 15, perdita di peso > 1 kg la settimana per molte settimane, elevata frequenza di vomito autoindotto, di uso

improprio di lassativi o diuretici, di esercizio fisico eccessivo e compulsivo, isolamento sociale, depressione grave, elevate impulsività, ambiente familiare problematico).

Condizione essenziale per il ricovero ospedaliero di riabilitazione intensiva è che il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di motivazione e sia disponibile a impegnarsi in ogni fase del processo terapeutico. Per tale motivo è opportuno che il ricovero sia preceduto da una fase di preparazione al trattamento.

Il trattamento va eseguito da un'equipe multidisciplinare, composta di medici (con competenze internistiche e psichiatriche), psicologi - psicoterapeuti, dietisti, educatori, fisioterapisti e personale infermieristico.

Il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva ha una lunga durata (circa 90 giorni) perché è necessario far raggiungere al paziente almeno il 90% del peso corporeo atteso o comunque un Indice di Massa Corporea superiore a 19, considerando un aumento di peso medio di 1-1,5 kg la settimana. Studi effettuati negli Stati Uniti hanno evidenziato che eseguire una dimissione prima di aver fatto raggiungere al paziente un peso normale non è utile in termini di costo - efficacia perché è associata a un più elevato tasso di ricaduta e di riospedalizzazione, rispetto alla dimissione eseguita dopo aver raggiunto una condizione di normopeso.

In molti casi può essere vantaggioso far seguire al ricovero una fase di day-hospital. Il day-hospital post-ricovero può essere utile per ridurre le recidive che spesso avvengono subito dopo la dimissione perché permette al paziente di essere esposto agli stimoli ambientali di mantenimento del suo disturbo continuando ad avere il supporto di una terapia intensiva. In questa fase il paziente assume gradualmente il completo controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo e gradualmente prepara il passaggio alla terapia ambulatoriale.

Il ricovero in reparti di riabilitazione ospedaliera intensiva, se ben condotto, produce in circa il 75% dei pazienti la normalizzazione del peso e il miglioramento delle preoccupazioni per il peso e la forma del corpo. A un anno dalla dimissione circa il 50% dei pazienti mantiene una condizione di normopeso.

## Come orientarsi nella scelta del trattamento

Le terapie basate sull'evidenza scientifica descritte sopra non sono offerte da tutti i centri e gli specialisti che curano i disturbi dell'alimentazione e un trattamento inadeguato può favorire la cronicizzazione del disturbo. La scelta del centro di cura è perciò un passo fondamentale da fare con estrema attenzione. Nei prossimi paragrafi sono riportate le domande che dovrebbero essere fatte quando si contatta un centro specializzato nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione e alcuni criteri per capire se il centro contattato segue un trattamento moderno e validato scientificamente.

### Informazioni da richiedere a un centro per la cura dei disturbi dell'alimentazione

Prima di fissare una visita è consigliabile chiamare il centro per informarsi sul tipo e l'organizzazione del trattamento offerto. È meglio cercare di parlare con un componente dell'equipe terapeutica piuttosto che dalla segretaria del centro. Le informazioni da chiedere sono:

### Criteri per valutare se un centro applica una terapia moderna e validata scientificamente

Per valutare se un centro è adeguato dovrete considerare i seguenti punti:

- È consigliabile che il centro sia specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione e non sia un centro generico di psicoterapia o di dietologia
- Il centro dovrebbe avere un'equipe composta da almeno un medico, uno psicologo-psicoterapeuta e un dietista per affrontare le problematiche mediche, psicosociali e nutrizionali dei disturbi dell'alimentazione
- Il centro dovrebbe essere in contatto con un centro ospedaliero specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione per un eventuale ricovero o day-hospital (eventualità che si verifica in circa il 30% dei casi)

**Nome del centro:** .....

■ **Nome e qualifica professionale** della persona con cui state parlando

■ **Indirizzo** .....

■ **Tel.** ..... ■ **Fax** .....

■ **E-mail** .....

Il centro è specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione?  sì  no

■ **Orario di apertura del centro:** .....

■ **Costo della cura** (se privato): .....

■ **Durata della terapia:** .....

■ **Quali procedure terapeutiche offre?**

Valutazione medica	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Valutazione psichiatrica	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Valutazione nutrizionale	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Psicoterapia individuale	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Psicoterapia di gruppo	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Terapia farmacologica per complicanze mediche	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Terapia farmacologica per problemi psichiatrici	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Terapia ambulatoriale intensiva con pasti assistiti	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Gruppi di sostegno	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Programmi educativi per familiari e amici	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no

■ **L'equipe include le seguenti figure professionali?**

Medico	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Dietista	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Psicologo	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Altro .....	

■ **Il centro è collegato con una struttura ospedaliera per un eventuale ricovero?**

sì  no

■ **I familiari possono fissare un appuntamento per ricevere consigli su come avvicinare e su come comportarsi con chi si sospetta soffrire di un disturbo dell'alimentazione?**

sì  no

■ **Qual è il nome del trattamento** (es. terapia cognitivo comportamentale, terapia basata sulla famiglia, terapia interpersonale, ecc.)

.....

■ **Il centro effettua una terapia consigliata dalle linee guida internazionali e nazionali?**

sì  no

Se sì, quale linea guida segue?.....

.....

.....

.....

Quanti pazienti concludono il trattamento, quanti raggiungono una remissione completa a fine terapia e quanti ricadono dopo un anno dal termine del trattamento?

.....

.....

.....

I risultati sul trattamento sono stati pubblicati su riviste scientifiche internazionali?

sì  no

■ **Ci sono delle informazioni scritte sul trattamento eseguito?**

sì  no

■ **Vi sono altre interessanti e utili informazioni riguardo tale centro?**

.....

.....

.....

.....

- Le linee guida più autorevoli per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione sono le NICE, consultabili al sito <http://www.nice.org.uk/CG009> (sono in inglese ma riportano in modo sintetico – in particolare la “quick reference guide” - quali terapie sono raccomandate nella cura dei disturbi dell'alimentazione)
- I trattamenti che hanno un'evidenza scientifica di efficacia sono i seguenti:
  - Terapia cognitivo comportamentale per gli adulti con disturbi dell'alimentazione
  - Terapia interpersonale per gli adulti con bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata
  - Terapia basata sulla famiglia con “pasti familiari” per gli adolescenti (meno di 18 aa) con anoressia nervosa
  - Terapia farmacologica con antidepressivi per la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata
- I trattamenti psicoanalitici o psicodinamici o quelli basati sulla ricerca e l'analisi delle ipotetiche cause remote dei disturbi dell'alimentazione non hanno un'efficacia dimostrata nella cura dei disturbi dell'alimentazione
- I trattamenti esclusivamente dietologici dovrebbero essere evitati perché intensificano le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo
- I trattamenti dovrebbero fornire sia un programma nutrizionale per la normalizzazione del peso e del comportamento alimentare sia un trattamento psicoterapico per affrontare il nucleo psicopatologico del disturbo dell'alimentazione. I problemi che a seconda delle caratteristiche tecniche presenti dovrebbero essere affrontati sono i seguenti:
  - Eccessiva importanza attribuita al peso e alla forma del corpo (considerata il nucleo psicopatologico dei disturbi dell'alimentazione)
  - Preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione
  - Basso peso, restrizione calorica e regole dietetiche estreme e rigide
  - Episodi bulimici e comportamenti di compenso (es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo e compulsivo)
  - Altri problemi psicologici eventualmente associati (es. perfezionismo, bassa autostima, problemi interpersonali, intolleranza delle emozioni con autolesionismo e uso improprio di sostanze)
- È fondamentale che nell'equipe sia sempre presente un medico per valutare e trattare le eventuali complicanze mediche associate ai disturbi dell'alimentazione e i disturbi psichiatrici coesistenti

- Nella cura degli adolescenti i familiari dovrebbero essere sempre coinvolti attivamente nel trattamento (es. con i pasti familiari): la ricerca ha infatti evidenziato che il loro coinvolgimento migliora l'esito della cura
- Diffidare dei trattamenti che non forniscono informazioni chiare sulla durata, costi, risultati, modello teorico di riferimento e linee guida adottate.
- Anche se potrebbe apparire un trattamento "completo", diffidare delle cure che includono molti interventi terapeutici non legati teoricamente tra loro (es. psicoanalisi associata a terapia cognitivo comportamentale, a terapia della famiglia, a danza terapia, a medicine alternative, ecc.). La ricerca ha evidenziato che le terapie "focalizzate" e che "fanno poche cose ma bene" ottengono migliori risultati di quelle allargate e senza una base teorica solida di riferimento
- Non fidarsi se propongono un trattamento che dura molti anni o che si basa sulla ricerca della cause profonde del disturbo dell'alimentazione (purtroppo la ricerca non ha ancora identificato le cause dei disturbi dell'alimentazione) o che non affronta la normalizzazione del peso e dell'alimentazione o che è molto variabile a seconda dei casi sia per quanto riguarda la durata e il contenuto.

## Centri AIDAP

**AIDAP VERONA**  
(SEDE CENTRALE)  
Via Sansovino, 16 - 37138 Verona  
Tel. 045 8103915  
Fax 045 8102884  
Email: info@aidap.org  
Sito: www.aidap.org

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

**AIDAP ADRANO (CT)**  
Via Casale dei Greci, 54  
95031 Adrano (CT)  
Tel. 095 497865

Cell. 320 9117157 - E-mail:  
info@centrodirabilitazioneit.it

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

**AIDAP AREZZO**  
Via Calamandrei, 137  
52100 Arezzo Cell. 333 2379033  
Fax 0575 401170  
E-mail: lapinibarbara@yahoo.it  
Sito: www.dietistalapini.it

**AIDAP BOLOGNA**  
Via Nino Bixio, 2/2  
40033 Casalecchio di Reno (BO)  
Tel. e Fax 051 590051  
Cell. 331 9142815  
E-mail: aidap.bo@libero.it

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

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

**AIDAP CASSINO**  
c/o Centro di Riabilitazione  
Neuromotoria s.r.l.,  
L.go Michelozzi  
Angolo Viale Tiziano, 1  
03030 Piedimonte S. Germano (FR)  
Tel. 0776 403159  
Fax 0776 402156  
Cell. 339 7380152 - E-mail: colella\_  
franco@fastwebnet.it

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

**AIDAP EMPOLI**  
Via L. Cherubini, 2/4  
50053 Empoli (FI)  
Tel. 0571 73922 - 0571 99281  
Cell. 3451639017  
E-mail: aidapempoli@gmail.com

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

**AIDAP FIRENZE**  
Via Pacini, 23 - 50144 Firenze  
Tel. 055 3245370  
Cell. 3451639017  
E-mail: aidapfirenze@gmail.com

**AIDAP GENOVA**  
Via Ruffini, 10/8 - 16128 Genova  
Tel. 010 5955374  
Cell. 335 6942193  
E-mail: giancarlo.sarno@virgilio.it

**AIDAP LA SPEZIA**  
Via XXIV Maggio, 152  
19124 La Spezia  
Tel. e Fax 0187 23414  
E-mail: aidapspezia@alice.it

**AIDAP LECCE**  
Via Montello 1 - 73100 Lecce  
E-mail: aidap.le@hotmail.it,  
aidap\_ragazzecontrocorrente@hotmail.it  
Tel. e Fax: 0832 244063  
Cell. 3286120205

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

**AIDAP MILANO 2**  
Corso Garibaldi, 71 - 20123 Milano  
Tel. 02 86460962  
Cell. 339 8898555 - E-mail:  
sergio\_colombi@fastwebnet.it

**AIDAP MODENA**  
Via Franklin 7 - 41124 Modena  
Tel. 059 6138595  
Cell. 348 9694333  
E-mail: mp.bagnato@gmail.com

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

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

**AIDAP OLIVERI (ME)**  
Piazza Pirandello, 8  
98060 Oliveri (ME)  
Tel. 0941 313999 - Sito: www.  
centrodirabilitazioneit.it  
Cell. 328 3727128 - E-mail:  
info@centrodirabilitazioneit.it

**AIDAP PADOVA**  
Via D'Alemagna, 2 - 35134 Padova  
Tel. e Fax 049 604752  
Cell. 338 4464021  
E-mail: lucia.camporese@tin.it

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

**AIDAP PARMA**  
Strada Inzani 5 - 43100 Parma  
Tel. e Fax 0521 237644  
E-mail: aidap.parma@libero.it

**AIDAP REGGIO CALABRIA**  
Via R. Willermin, 1  
89123 Reggio Calabria  
Tel. 0965 25864 - Cell. 347 0056700  
Telefax 0966 474400  
E-mail: aidap.rc@virgilio.it

**AIDAP REGGIO EMILIA**  
Via A. De Gasperi, 44  
42100 Reggio Emilia  
Tel. 0522 555514  
Fax 0522 334906  
e-mail: info@dietistareverberi.it,  
aidap.re@dietistareverberi.it

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

**AIDAP ROMA**  
Via Levico 9 - 00198 Roma (RM)  
Tel. e Fax 06 8840242  
Cell. 338 9098603  
E-mail: aidap.roma@libero.it

**AIDAP TORINO**  
Via San Francesco da Paola 37  
10123 Torino (TO)  
Cell. 338 5077416  
Cell. 338 9892040  
E-mail: cappellettimauro@libero.it

**AIDAP TRAPANI**  
Via Salemi, 54 - 91100 Trapani  
Tel. e Fax 0923 554244  
Cell. 349 5742098  
Email: aidaptrapani@libero.it

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

**AIDAP TREVISO**  
Via Campagnola, 3/1  
31020 Villorba (TV)  
Tel. 0422 444900 - Fax 0422  
278987  
E-mail: poliamb.villorba@libero.it,  
fulviususanna@libero.it

**AIDAP VARESE**  
Viale Borri 75 - 21100 Varese (VA)  
Tel. 0332 813456 (per  
appuntamenti)  
Fax 0332 813464  
Cell. 338 3917580 (per informazioni)  
E-mail: aidap.varese@ojas.it





## EMOZIONI e CIBO online

È la prima rivista elettronica in Italia sui disturbi dell'alimentazione e sull'obesità; potrete, grazie alla sua moderna tecnologia, fruire di articoli scientifici e di numerose pagine informative in tempo reale, semplicemente "sfogliando" le pagine a video.

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

L'accesso a tutto l'archivio di Emozioni & Cibo on line è **GRATUITO!**

### Modulo "Emozioni & Cibo"

Rappresenta il punto di incontro tra specialisti e coloro che vogliono condividere i loro problemi, le loro lotte e i loro successi nel campo dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità. In ogni edizione è presente una sezione scientifica, curatissima ed aggiornata.

### Modulo "Journal Observer"

Contiene oltre 20 recensioni in lingua italiana, di articoli apparsi sulle più importanti riviste specializzate internazionali. Ogni recensione è commentata da terapisti esperti.

### Modulo "News RSS"

Rappresenta un formato per la distribuzione e la diffusione di contenuti web che nello specifico si rivolge al terapeuta che desidera ottenere notizie altamente specializzate; sono a disposizione gli abstract in lingua originale, presenti nelle più prestigiose riviste scientifiche internazionali.

Entra subito nel nuovo sito: [www.emozioniecibo.it](http://www.emozioniecibo.it)