

Prof.ssa Laura Di Renzo, PhD

Professore Ordinario di Nutrizione clinica

SSD-MED/49 Scienze e Tecniche Dietetiche Applicate

Presidente del corso di Laurea Magistrale in Farmacia

Coordinatore del Master di II livello in «Disturbi della Nutrizione, dell'Alimentazione e del peso»

Università degli studi di Roma Tor Vergata



Audizione Senato della Repubblica 13 Febbraio 2024
Esame dei disegni di legge nn. 599-990, in materia di disturbi del
comportamento alimentare

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione



- Anoressia nervosa
- Bulimia
- Binge eating (disturbo da alimentazione incontrollata)
- Altre forme: disturbi sottosoglia, forme ibride ed Ednos (disturbi alimentari non altrimenti specificati o disturbi del comportamento alimentare-Nas)

Rappresentano un problema sociosanitario molto importante per tutti i Paesi sviluppati

- Spesso sono in comorbidità con altri disturbi psichiatrici come la depressione, l'abuso di sostanze e i disturbi d'ansia
- Sono frequenti le complicanze fisiche
- Comportano un rischio di morte 12 volte maggiore di quello riscontrabile in soggetti sani confrontabili per età

La prevalenza di **sindromi parziali e subcliniche** è circa **5 volte superiore** a quelle delle **sindromi complete**.

I soggetti con sindromi parziali o subcliniche presentano un **consistente grado di psicopatologia**, per cui necessitano di attenzione clinica anche in previsione della possibile evoluzione del loro disturbo alimentare.

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Binge Eating Disorder
	8-9 nuovi casi per 100.000 persone in un anno	2 nuovi casi per 100.000 persone in un anno	3,5%
	0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone in un anno,	0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno	2,0%

Multifattorialità dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Fattori predisponenti

Fattori precipitanti

Fattori di mantenimento

Individuali

Familiari

Culturali

Insoddisfazione
per il proprio
peso e forme del
corpo



Fare la dieta
per migliorare
l'autostima e il
controllo di sé

Sintomi da
digiuno e
reazione
degli altri



Review

Gut Feelings: How Microbiota Might Impact the Development and Course of Anorexia Nervosa

Jochen Seitz *, Brigitte Dahmen , Lara Keller and Beate Herberich-Dahlmann 

Brain/Behavior:

- Microbiota interacts with brain „Gut-Brain Axis“
- Microbiota influences learning, anxiety and mood
- Microbiota modulates cell neogenesis in the brain

Intestinal tract:

- Microbiota degrades nutrients and influence energy absorption and weight regulation
- Increased gut permeability in AN animal models

Immunology:

- Bacterial antigens traverse the intestinal wall
- Low grade inflammatory process in AN
- Autoantibodies against hunger/satiety hormones

Gut microbiome:

- Dysbiosis: Altered microbiota diversity and community-structures
- More protein-fermenting taxa could feed on mucins and aggravate gut permeability

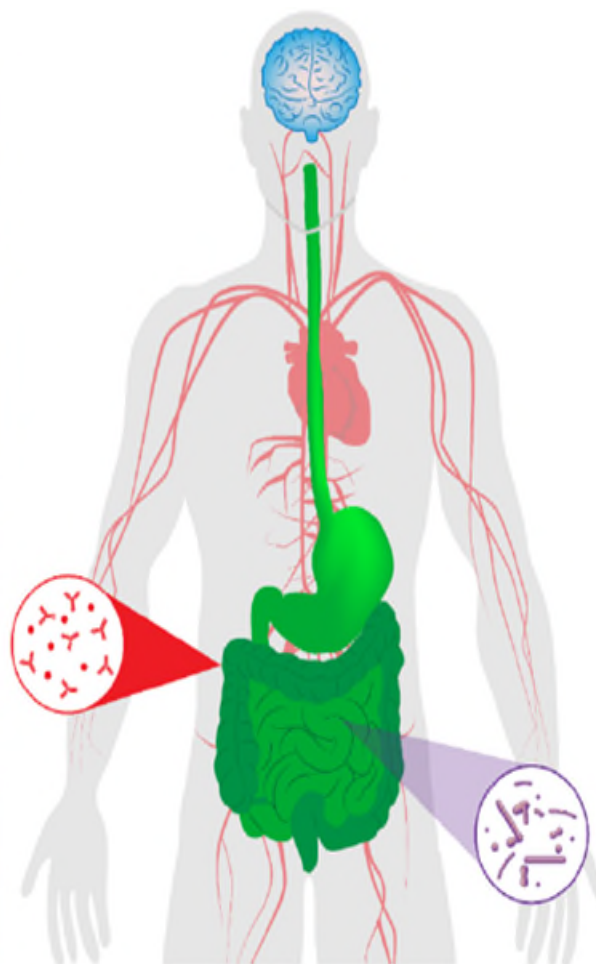


Figure 1. Effects of gut microbial products on brain functions and behavior in the intestinal tract and on immunological processes in patients with AN. (Adapted from [30]).

Eating Disorders and Gastrointestinal Diseases

Antonella Santonicola ^{1,*}, Mario Gagliardi ^{1,*}, Michele Pier Luca Guarino ²,
Monica Siniscalchi ¹, Carolina Ciacci ¹ and Paola Iovino ^{1,*}

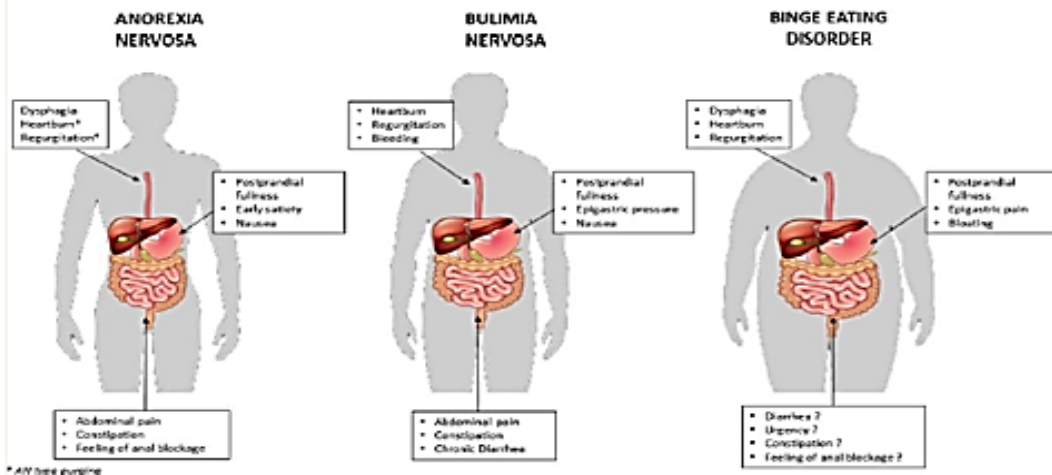


Figure 2. The most prevalent GI symptoms are shown taking into account different anatomical regions from esophagus to intestine in the three main ED disorders: AN, BN and BED.

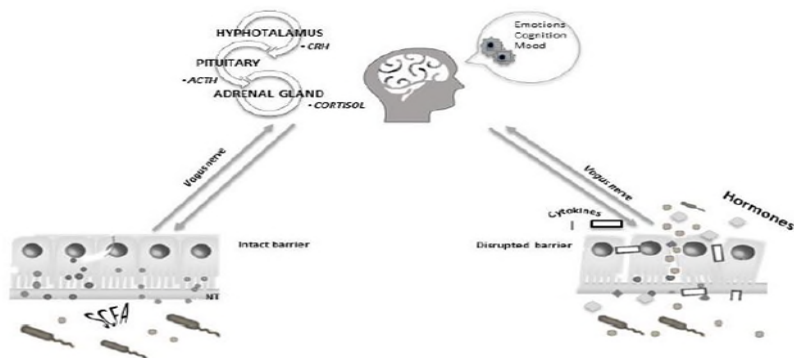


Figure 3. The complex bidirectional communication between the central nervous system (CNS) and microbiota involving nervous, endocrine and immune systems that might contribute to the regulation of emotional behavior and cognition in intact and disrupted intestinal barriers.

<p>Anorexia nervosa (AN)</p> <ol style="list-style-type: none"> restriction of energy intake leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory and physical health intense fear of gaining weight or becoming fat even though being at a significantly low weight. disturbance in the way in which one's body weight or shape is perceived <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> restrictive type: over the past three months, the person has had no episodes recurrent compulsive binges or emptying practices (that is vomiting self-induced or abuse / misuse of laxatives, diuretics, or enemas). This subtype describes cases in which weight loss is achieved essentially through diets, fasts and / or excessive exercise bulimic / purgative type: over the past three months, the person has had recurrent episodes of compulsive bingeing or emptying practices (that is vomiting self-induced or abuse / misuse of laxatives, diuretics, or enemas)
<p>Bulimia nervosa (BN)</p> <ol style="list-style-type: none"> recurrent episodes of binge eating (at least once a week for 3 months), characterized by eating in a discrete period of time (e.g. within any 2 hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat and by a lack of control over eating during the episodes recurrent inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise
<p>Binge-Eating Disorder (BED)</p> <p>Recurrent episodes of binge eating (at least once a week for 3 months) associated with three or more of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> Eating much more rapidly than normal Eating until feeling uncomfortably full Eating large amounts of food when not feeling physically hungry Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterwards Uncontrolled eating behavior occurs in the media, at least once a week for three consecutive months. The uncontrolled feeding is not associated with the systematic use of inadequate compensatory behaviors (eg, use of purgatives, fasting, excessive exercise) and does not occur exclusively in the course of bulimia nervosa or anorexia nervosa.

Figure 1. The description of the three main types of Eating Disorders (adapted by the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), released by the American Psychiatric Association [2]).

RESEARCH ARTICLE

Microbiota in anorexia nervosa: The triangle between bacterial species, metabolites and psychological tests

Francesca Borgo¹, Alessandra Riva¹, Alberto Benetti², Maria Cristina Casiraghi³, Sara Bertelli², Stefania Garbossa^{1,2}, Simona Anselmetti², Silvio Scarone^{1,2}, Antonio E. Pontrolli^{1,2}, Giulia Morace¹, Elisa Borghi^{1*}

Fecal and systemic microbial metabolites

Fecal concentrations of total SCFAs, butyrate and propionate were significantly ($p < 0.05$) decreased in AN samples, while acetate, *iso*-valerate and *iso*-butyrate were not different between groups (Table 4).

Table 4. Fecal SCFA concentrations in anorexia nervosa subjects and healthy control group.

	Fecal SCFA (mg/g feces)		
	AN	CTR	p-value
Total SCFAs	4.7±2.1	6.8±1.6	0.041
Acetate	2.7±1.5	3.8±1.1	n.s.
Butyrate	0.7±0.4	1.1±0.5	0.045
Propionate	0.8±0.4	1.1±0.3	0.028
<i>iso</i> -valerate	0.4±0.2	0.5±0.2	n.s.
<i>iso</i> -butyrate	0.2±0.1	0.2±0.1	n.s.

Data are means ± standard deviation. AN, anorexia nervosa; CTR, control group; n.s., not significant

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179739.t004>

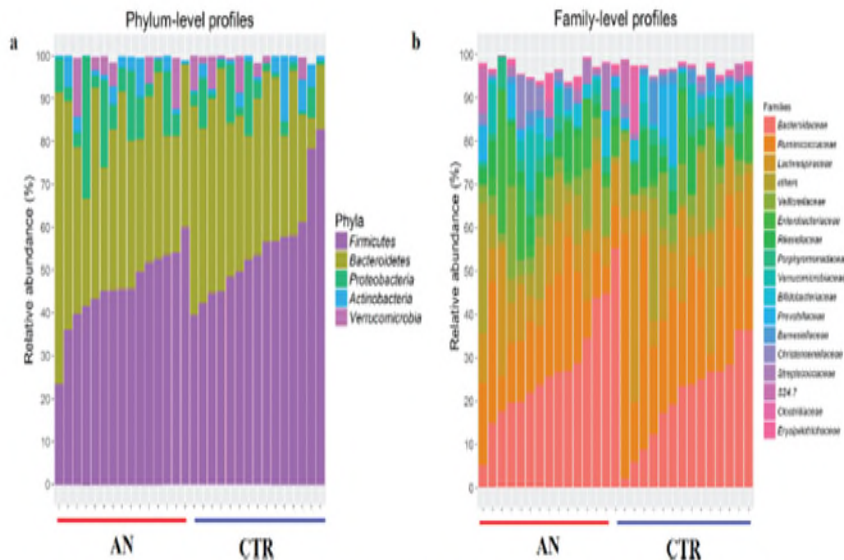


Fig 1. Relative abundance of common microbial taxa. Bar charts showing the relative abundance of the most represented microbial taxa, defined as having a mean relative abundance of >1%, in stool samples of anorexia nervosa (AN, n = 15) and control (CTR, n = 15) groups. Phylum-level (a) and family-level (b) taxon profiles are shown.

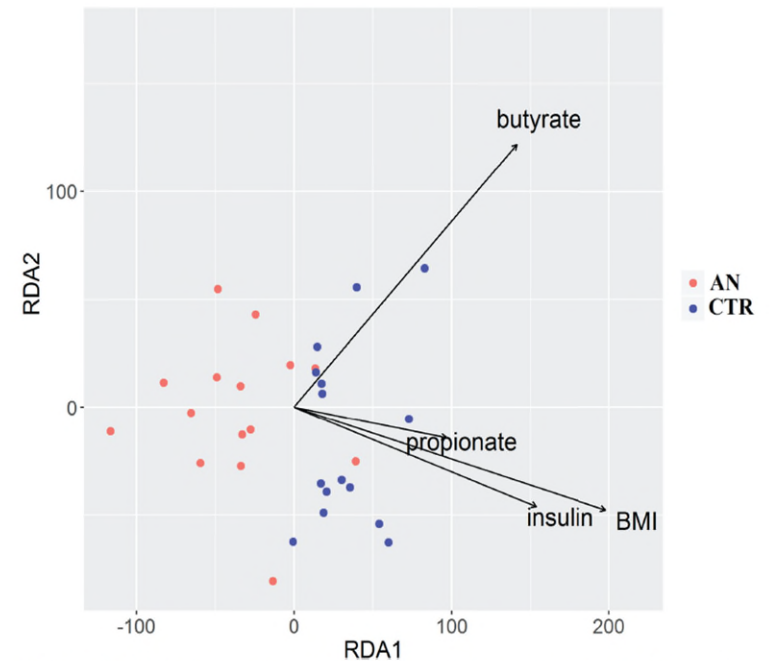


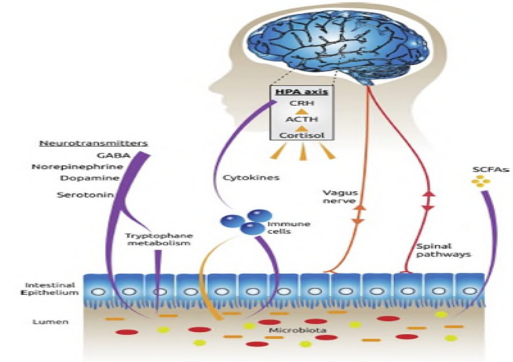
Fig 3. Distance-based redundancy analysis (db-RDA). Db-RDA plot shows correlations between gut microbiota composition and body mass index (BMI), insulin, propionate and butyrate. Only significant variables are represented ($p > 0.05$, PerMANOVA analysis). Arrows in the db-RDA biplot denote the magnitudes and directions of the variable effects. Controls are represented by blue dots and anorexic subjects by red dots.

RESEARCH

Open Access



Can psychobiotics intake modulate psychological profile and body composition of women affected by normal weight obese syndrome and obesity? A double blind randomized clinical trial

Antonino De Lorenzo^{1,8*}, Micaela Costacurta², Giuseppe Merra³, Paola Gualtieri⁴, Giorgia Cioccoloni⁴, Massimiliano Marchetti^{5,6}, Dimitrios Varvaras⁷, Raffaella Docimo² and Laura Di Renzo¹**Table 1 Comparison of body composition parameters of normal weight lean, normal weight obese and pre-obese/obese groups between baseline and after 3 weeks POS treatment**

	NWL		NWO		PreobOB	
	Baseline	POS	Baseline	POS	Baseline	POS
Age (years)	30.18 ± 2.04 (28.00–33.00)		40.00 ± 12.56 (27.00–56.00)		33.57 ± 10.57 (24.00–50.00)	
Height (cm)	164.64 ± 4.03 (160.00–170.00)		162.90 ± 6.60 (154.00–168.00)		158.33 ± 1.86 (155.60–160.00)	
Weight (kg)	55.55 ± 4.65 ^{a,ø} (50.50–62.50)	54.84 ± 5.63 ^{X,ø} (49.20–63.00)	63.50 ± 3.97 ^Y (59.00–68.30)	63.10 ± 3.27 (59.00–66.60)	69.47 ± 6.07 (63.80–78.00)	63.35 ± 0.16 ^b (63.20–63.50)
BMI (kg/m ²)	20.47 ± 1.04 ^{a,ø} (19.48–22.41)	20.49 ± 1.40 ^{X,ø} (18.98–22.59)	23.94 ± 0.93 ^Y (22.74–24.88)	23.80 ± 0.84 ^{a,ø} (22.92–24.88)	27.68 ± 1.92 (25.56–30.47)	25.78 ± 0.48 ^b (25.32–26.23)
Waist (cm)	67.41 ± 4.22 (64.50–75.00) ^ø	67.98 ± 4.60 ^{X,ø} (63.80–75.00)	74.25 ± 5.08 (69.50–79.00)	75.33 ± 4.70 (70.00–81.00)	80.17 ± 8.02 (73.00–91.00)	73.75 ± 2.35 ^b (71.50–76.00)
Hip (cm)	94.09 ± 4.57 ^{a,ø} (87.00–97.00)	93.23 ± 4.35 ^{X,ø} (87.50–97.00)	103.25 ± 5.61 ^Y (98.00–108.50)	101.00 ± 3.72 ^ø (98.00–106.00)	107.73 ± 0.54 (107.00–108.20)	106.75 ± 0.78 ^b (106.00–107.50)
TBFat (%)	26.55 ± 2.83 ^{a,ø} (24.10–29.00)	–	35.25 ± 1.44 ^Y (33.90–36.60)	–	43.80 ± 0.00 (43.80–43.80)	–
TBFat (kg)	15.15 ± 0.01 ^{a,ø} (15.14–15.16)	–	21.73 ± 1.73 ^Y (20.11–23.34)	–	34.10 ± 0.00 (34.10–34.10)	–
TBLean (kg)	40.17 ± 5.98 (34.99–45.35)	–	37.61 ± 0.57 (37.08–38.14)	–	41.26 ± 0.00 (41.26–41.26)	–
FM (kg)	11.35 ± 2.86 ^{a,ø} (8.10–15.10)	11.80 ± 3.12 ^{c,X,ø} (8.10–16.00)	18.00 ± 1.64 (15.90–19.70)	17.27 ± 1.80 ^a (15.80–19.70)	18.65 ± 0.99 (17.70–19.60)	16.95 ± 0.99 ^b (16.00–17.90)
FM (%)	20.30 ± 4.06 ^{a,ø} (16.10–26.40)	21.05 ± 4.43 ^{c,X,ø} (16.50–27.80)	28.37 ± 2.09 (26.90–31.20)	27.57 ± 2.58 ^a (25.00–30.90)	29.10 ± 1.36 (27.80–30.40)	26.70 ± 1.46 ^b (25.30–28.10)
FFM (kg)	44.23 ± 3.57 (42.20–50.00)	43.75 ± 4.06 (41.10–50.30)	45.50 ± 3.25 (43.10–49.90)	45.83 ± 3.32 ^a (43.20–50.30)	45.50 ± 0.63 (44.90–46.10)	46.40 ± 0.84 ^b (45.60–47.20)
FFM (%)	79.70 ± 4.06 ^{a,ø} (73.60–83.90)	78.95 ± 4.43 ^{c,X,ø} (72.20–83.50)	71.63 ± 2.09 (68.80–73.10)	72.43 ± 2.58 ^a (69.10–75.00)	70.90 ± 1.36 (69.60–72.20)	73.30 ± 1.46 ^b (71.90–74.70)

Results are expressed in mean value ± standard deviation, and minimum and maximum for each parameter. Values of p < 0.05 are considered significant

BMI body mass index, ECW extracellular water, FM fat mass, FFM fat free mass, ICW intracellular water, NWL normal weight lean, NWO normal weight obese, PA phase angle, PreOB/OB preobese–obese, TB total body, TBW total body water

^a NWO T0 vs T1 p < 0.05; ^b PreOB/OB T0 vs T1 p < 0.05 ^c NWL T0 vs T1. For Anova-test at baseline p < 0.05; ^a NWL vs NWO p < 0.05; ^Y NWO vs PreOB/OB p < 0.05; ^ø NWL vs PreOB/OB p < 0.05. Anova-test after POS p < 0.05; ^X NWL vs NWO p < 0.05; ^ø NWO vs PreOB/OB p < 0.05; ^a NWL vs PreOB/OB p < 0.05

Metabolically Healthy Normal Weight



- BMI 18.50-24.99 Kg/m²
- FM ≤ 25%M; ≤ 32%F
- No Metabolic Syndrome
- No Dyslipidemia
- No Hypertension
- No Diabetes Type 2

Normal Weight Obese Syndrome



- BMI 18.50-24.99 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- No Metabolic Syndrome
- No Dyslipidemia
- No Hypertension
- No Diabetes Type 2

Metabolically Unhealthy Normal Weight Obese



- BMI 18.50-24.99 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- Metabolic Syndrome
- Dyslipidemia
- Hypertension
- No Diabetes Type 2

Metabolically Healthy Obese



- BMI ≥ 30.00 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- No Metabolic Syndrome
- No Dyslipidemia
- No Hypertension
- No Diabetes Type 2

Metabolically Unhealthy Obese



- BMI ≥ 30.00 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- Metabolic Syndrome
- Dyslipidemia
- Hypertension
- Diabetes Type 2

Frequency of Incidence

Frequency of Incidence

Frequency of Incidence

Frequency of Incidence

Frequency of Incidence

Diabetes Type 2

1.9%

4.6%

8.1%

17.8%

30.5%

Cardiovascular Disease

1.3%

2.7%

6.5%

5.7%

6.3%

Classification of Obesity Phenotypes

Sarcopenic Obese



- BMI ≥ 30.00 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- Sarcopenia, reduction of:
 - Muscle Mass
 - Strength or Performance

Osteo Sarcopenic Obese



- BMI ≥ 30.00 Kg/m²
- FM ≥ 25%M; ≥ 32%F
- Sarcopenia, reduction of:
 - Muscle Mass
 - Strength or Performance
 - Loss of bone mass

	Man	Woman	Man	Woman
ASMMI (kg/m ²)	<7.0 kg/m ²	<5.5 kg/m ²	<7.0 kg/m ²	<5.5 kg/m ²
Hand Grip (kg)	27<	16<	27<	16<
T-Score (DS)	> -1	> -1	-1 <	-1 <

Association of body composition and eating behavior in the normal weight obese syndrome

Laura Di Renzo¹ · Elaine Tyndall¹ · Paola Gualtieri¹ · Chiara Carboni¹ · Roberto Valente¹ · Alessia Sabrina Ciani¹ · Maria Giovanna Tonini¹ · Antonino De Lorenzo^{1,2}

Table 2 Comparison of normal weight lean, normal weight obese and pre-obese/obese groups of women

Subscale EDI-2	NWL (<i>n</i> = 18) Mean ± SD (min–max)	NWO (<i>n</i> = 38) Mean ± SD (min–max)	PreOB/OB (<i>n</i> = 23) Mean ± SD (min–max)	<i>p</i>
DT	2.89 ± 4.63 (0.00–20.00)	6.16 ± 6.58 (0.00–21.00)	8.38 ± 7.61^{a,b} (0.00–18.00)	0.003
B	1.00 ± 2.45 (0.00–10.00)	0.92 ± 1.60 (0.00–7.00)	3.42 ± 4.02^{c,d} (0.00–16.00)	<0.001
BD	5.28 ± 6.09 (0.00–23.00)	9.95 ± 7.66 (0.00–27.00)	13.92 ± 7.05^{e,f} (0.00–24.00)	<0.001
I	1.39 ± 2.20 (0.00–6.00)	3.26 ± 4.40 (0.00–18.00)	5.46 ± 5.99^g (0.00–20.00)	<0.001
P	3.83 ± 3.54 (0.00–14.00)	4.79 ± 3.15 (0.00–12.00)	3.46 ± 3.96 (0.00–16.00)	0.977
ID	2.22 ± 2.49 (0.00–9.00)	3.47 ± 3.49 (0.00–16.00)	3.96 ± 3.65 (0.00–11.00)	0.138
IA	3.28 ± 3.86 (0.00–11.00)	4.63 ± 5.95 (0.00–25.00)	6.08 ± 6.38^{h,i} (0.00–24.00)	0.009
MF	7.78 ± 5.15 (1.00–21.00)	5.55 ± 3.46 (0.00–14.00)	5.83 ± 4.59 (1.00–20.00)	0.599
A	3.56 ± 2.57 (0.00–9.00)	3.34 ± 1.92 (0.00–7.00)	5.13 ± 2.89^{j,m} (1.00–12.00)	<0.001
IR	1.50 ± 2.20 (0.00–8.00)	3.50 ± 4.29 (0.00–16.00)	2.83 ± 3.67 (0.00–14.00)	0.508
SI	2.28 ± 2.02 (0.00–7.00)	4.21 ± 3.25 (0.00–15.00)	4.29 ± 3.91 (0.00–14.00)	0.414

Values of *p* < 0.05 are considered significant

Bold values indicate statistically significant results

NWL normal weight lean, NWO normal weight obese, PreOB/OB Pre-obese/obese, EDI-2 eating disorder inventory-2, DT drive for thinness, B bulimia, BD body dissatisfaction, I ineffectiveness, P perfectionism, ID interpersonal distrust, IA interoceptive awareness, MF maturity fears, A asceticism, IR impulse regulation, SI social insecurity, SD standard deviation

^{a,c,e,g,h} NWL vs PreOB/OB *p* < 0.05

^{b,d,f,i} NWO vs PreOB/OB *p* < 0.05

¹ NWL vs PreOB/OB *p* = 0.006

^m NWO vs PreOB/OB *p* < 0.001

Il concetto di malattia sociale

- Diffusione nella popolazione
- Continuità di alta frequenza
- Gravi ripercussioni di ordine economico e sociale

Le malattie sociali, rendono indispensabile l'intervento dello Stato, il cui interesse al problema è evidente, data la diffusione del fenomeno.

«...Nelle mie prime formulazioni, indicavo tre caratteristiche tipiche del disturbo anoressico: una falsa percezione del proprio corpo..., una confusione circa le proprie sensazioni corporee, e un senso onnicomprensivo di incapacità...»

Bruch, 1984

Modelli sociali e immagine corporea

- L'esposizione alle immagini di corpi femminili proposte dai media e il confronto tra la propria e l'altrui forma del corpo, elicitano insoddisfazione per il proprio corpo e stress emotivo (Groesz, Levine & Murnen, 2002)
- Le pazienti con AN, nonostante il basso peso corporeo, riportano elevati livelli di ansia alla vista di modelle magre o di disegni di corpi magri (Friderich et al., 2006; Uher et al., 2005)



Il concetto di malattia sociale

Neurobiological risk factors for problematic social media use as a specific form of Internet addiction: A narrative review

Sergey Yu Tereshchenko

Specialty type: Psychiatry

Provenance and peer review: Invited article; Externally peer reviewed.

Peer-review model: Single blind

Peer-review report's scientific quality classification

Grade A (Excellent): 0
Grade B (Very good): B, B
Grade C (Good): C
Grade D (Fair): D
Grade E (Poor): 0

P-Reviewer: Oliveira AP, Portugal; Ye B, China

Received: December 27, 2022

Peer-review started: December 27, 2022

First decision: February 2, 2023

Revised: February 13, 2023

Accepted: April 7, 2023

Article in press: April 7, 2023

Published online: May 19, 2023



Sergey Yu Tereshchenko, Department of Child's Physical and Mental Health, Federal Research Center "Krasnoyarsk Science Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences", Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk 660022, Russia

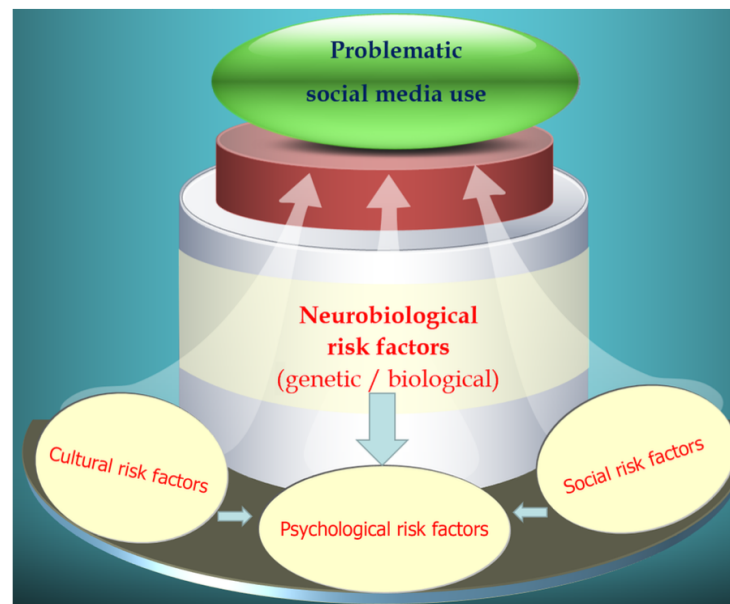
Corresponding author: Sergey Yu Tereshchenko, PhD, Doctor, Senior Researcher, Department of Child's Physical and Mental Health, Federal Research Center "Krasnoyarsk Science Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences", Research Institute of Medical Problems of the North, Partizana Zheleznyaka street, 3G, Krasnoyarsk 660022, Russia. legis@mail.ru

Abstract

Problematic social media use (PSMU) is a behavioral addiction, a specific form of problematic Internet use associated with the uncontrolled use of social networks. It is typical mostly for modern adolescents and young adults, which are the first generations fully grown up in the era of total digitalization of society. The modern biopsychosocial model of the formation of behavioral addictions, postulating the impact of a large number of biological, psychological, and social factors on addictive behavior formation, may be quite applicable to PSMU. In this narrative review, we discussed neurobiological risk factors for Internet addiction with a focus on current evidence on the association between PSMU and structural/functional characteristics of the brain and autonomic nervous system, neurochemical correlations, and genetic features. A review of the literature shows that the vast majority of the mentioned neurobiological studies were focused on computer games addiction and generalized Internet addiction (without taking into account the consumed content). Even though a certain number of neuroimaging studies have been conducted for PSMU, there is practically no research on neuropeptide and genetic associations for PSMU to date. This fact points to the extremely high relevance of such studies.

Key Words: Internet addiction; Problematic social media use; Addictive behavior; psychopathology; Neurobiology; Genetics

Tereshchenko SY. Problematic social media use



DOI: 10.5498/wjpp.v13.i5.160 Copyright ©The Author(s) 2023.

Figure 1 Component bio-psycho-social model of problematic social media use.

Il pericolo dei social media

REVIEW

Open Access

A scoping literature review of the associations between highly visual social media use and eating disorders and disordered eating: a changing landscape

Ashley Sharma^{1*} and Carol Vidal²

Abstract

Background Although the etiology of eating disorders (ED) and disorder eating (DE) is multifactorial, exposure to highly visual social media (HVSM) may be an important contributor to the onset or worsening of DE and ED symptoms. We aim to understand HVSM use, ED, and DE with a particular focus on gender differences, as well as details of engagement on 'selfies' in adolescents and young adults (AYA) through a scoping review of the literature.

Methods We conducted a literature search in PsycInfo, PubMed, MEDLINE of articles, including participants with DE/ED and users of HVSM, focused on AYA. Studies in which the study population did not include AYA, the SM platforms used did not include HVSM platforms, and the methodology to assess ED/HVSM use was not robust were excluded.

Results We found a strong relationship between HVSM and ED and DE with existing gender differences related to the nature of engagement and preference of content. The literature also shows effects of the specific mechanisms of use of these platforms involving 'selfie' preparation and posting. Existing research is limited and consists of mostly cross-sectional studies with no uniform methodology and with participant populations that are not well-defined.

Conclusions The use of unregulated and profit-driven SM platforms can increase risk for ED. To use these HVSM platforms for positive influence, there is a need to have more transparency, and involvement of clinicians, researchers, and educators.

Public significance Due to HVSM's popularity among the AYA population, it is important to identify its effects on the development of DE and ED, as well as recognize any gender differences. Clinicians, parents, and other adults working with youth should be aware of HVSM's impact on DE/ED, as described in this review.

Keywords Eating disorders, Disordered eating, Body image, Highly visual social media, Gender

Plain English summary

We reviewed existing literature considering the effects of highly visual social media (HVSM), on the development of eating disorders (ED) and disordered eating (DE) in the adolescent and young adult (AYA) population. There are gender differences in the use of HVSM and its associations with DE/ED through females' and males' distinct

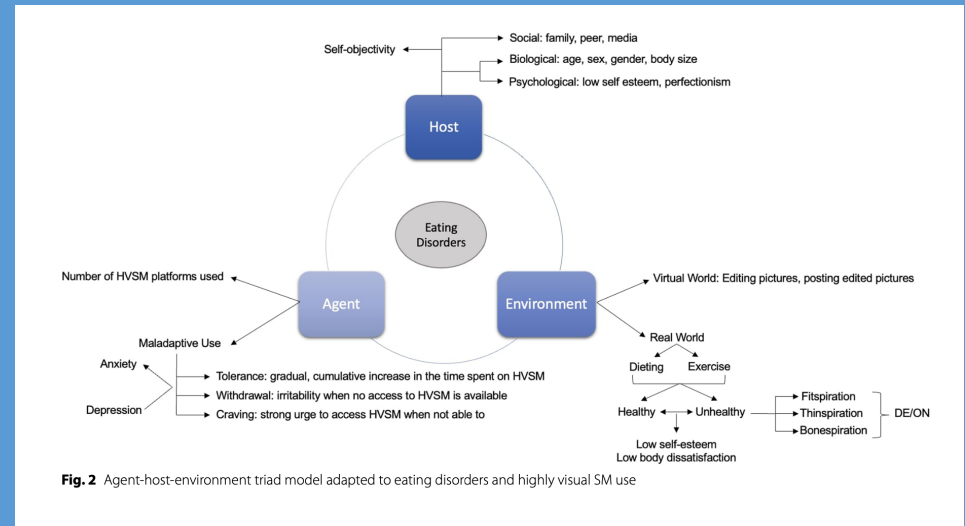


Fig. 2 Agent-host-environment triad model adapted to eating disorders and highly visual SM use

Regolazione neuroendocrina del comportamento alimentare

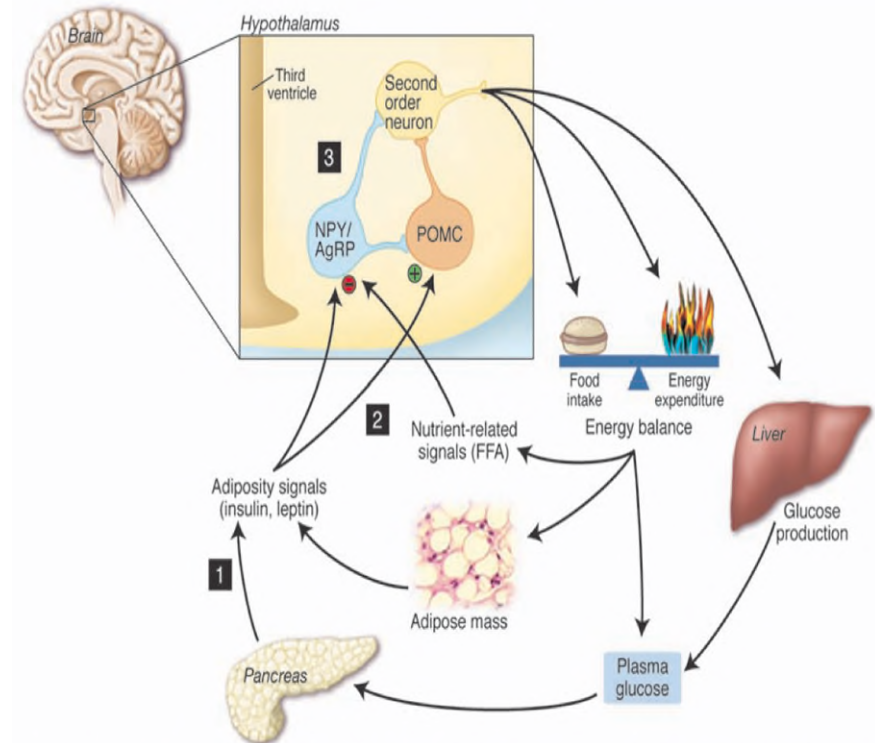


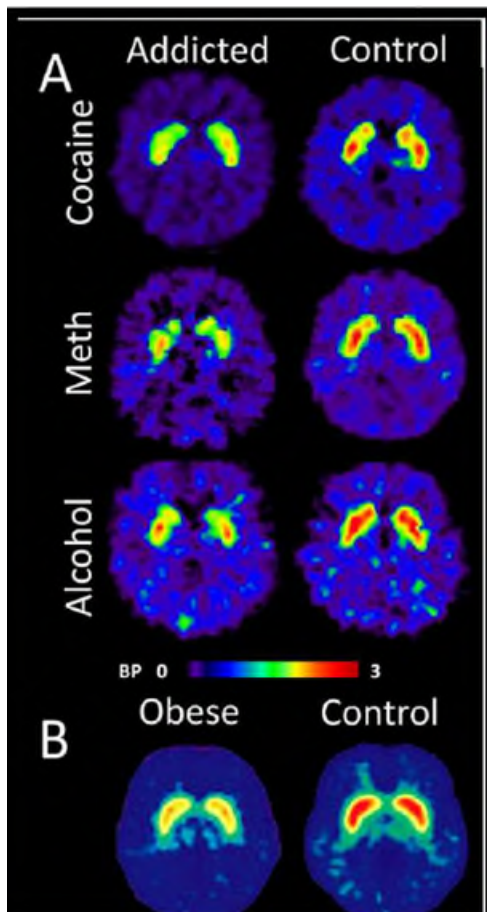
Fig. 2. Neurocentric model depicting sites where defects in the negative feedback regulation of energy balance and glucose production predispose to weight gain and insulin resistance. Defects in the secretion of insulin or leptin (1), in the hypothalamic sensing of adiposity- or nutrient related signals (2), or in the neuronal responsiveness to these inputs (3) predispose to both positive energy balance and increased glucose production. If sustained, these will result in pathological weight gain and insulin resistance.

Published in final edited form as:

Addiction. 2011 July ; 106(7): 1208–1212. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03301.x.

Can Food be Addictive? Public Health and Policy Implications

Ashley N. Gearhardt, Carlos M. Grilo, Ralph J. DiLeone, Kelly D. Brownell, and Marc N. Potenza
Yale University



Striatal DA neurotransmission abnormalities in addiction and obesity

Individui dipendenti da cocaina, metanfetamina e alcol o affetti da obesità patologica, mostrano una significativa diminuzione dei recettori dopaminergici.

Tomasi D., Volkov ND. Crit Rev Biochem Mol Biol. Jan 2013; 48(1): 1–19.

Alterazioni Cerebrali Strutturali e Funzionali

- Riduzioni globali di materia cerebrale bianca e grigia
- Alterazioni strutturali/funzionali di:
 1. Circuito della ricompensa: scarsa reattività alla ricompensa, aumento della sensibilità alla punizione, ascetismo, rigidità, danno-evasione, perfezionismo, alessitimia (percezione delle emozioni) e consapevolezza interocettiva disturbata (dolore, gusto, fame)
 2. Network della corteccia cingolata anteriore: reattività alterata agli stimoli collegati al cibo, perseverazione compulsiva
 3. Network del precuneo: rimuginazione sulla forma del corpo e il cibo

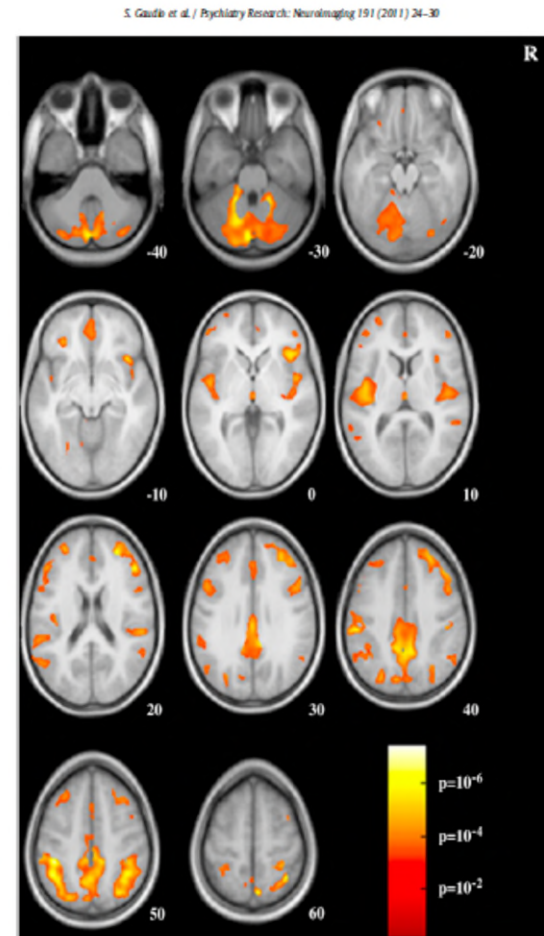
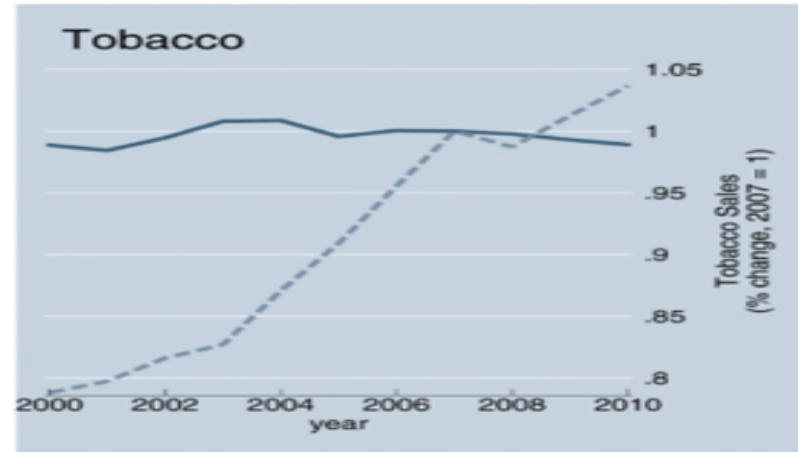
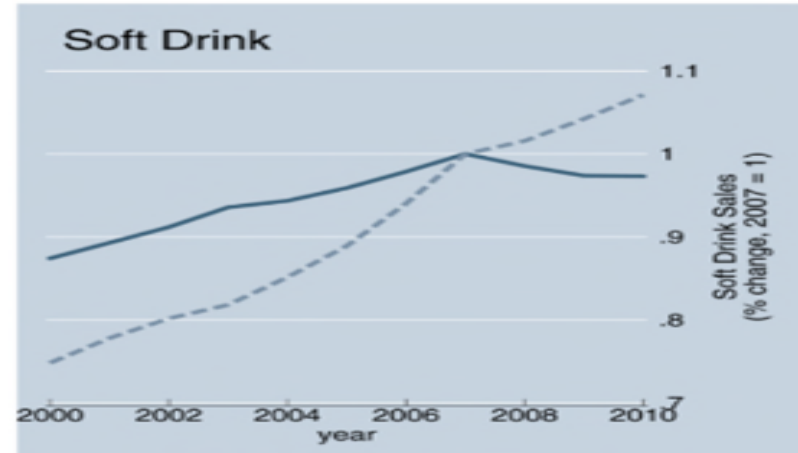


Fig. 1. Regional distribution throughout the whole brain of GM decrease in AN-R patients compared with control subjects. Statistical maps ($P < 0.001$, uncorrected; spatial threshold = 1000 voxels) are superimposed on the study-specific weighted T1 image. The color scale represents the significance level (P -value) according to the colorbar in the lower right corner. The coordinates represented in the lower right corner of each axial section refer to the Talairach stereotaxic space.

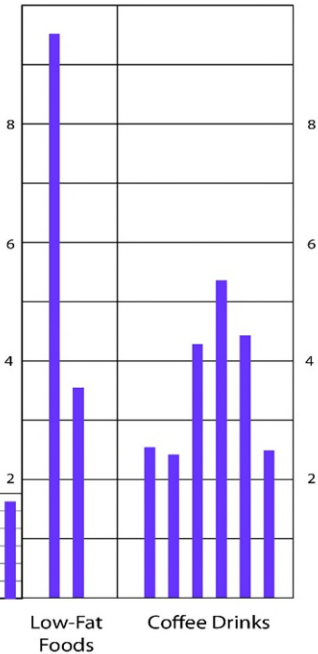
WESTERN DIET E DIPENDENZA

Michael Moss ricostruisce nel suo libro “Salt Sugar Fat: How the Food Giants Hooked Us” come le multinazionali del food americane abbiano sfruttato i meccanismi dopaminici per la produzione di cibi confezionati o precotti che stimolino il piacere fino ad una sorta di assuefazione o pseudo dipendenza, fino cioè al bliss point o punto di beatitudine.

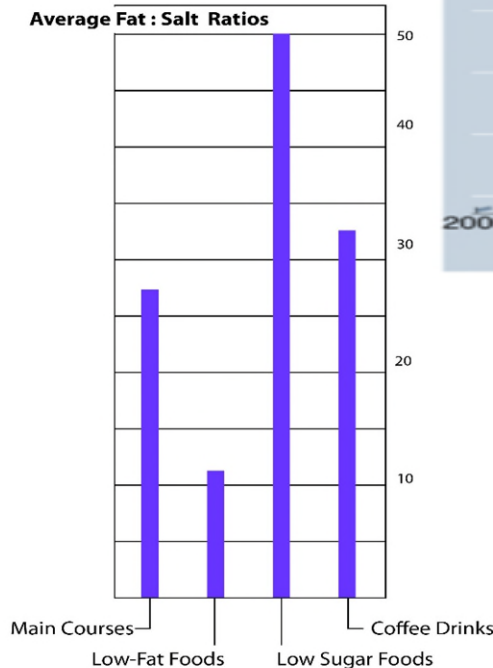


Sugar : Fat Ratios

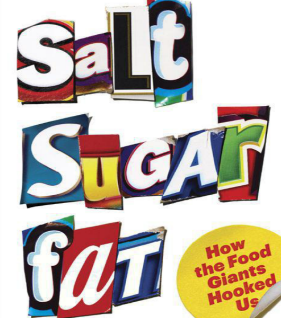
Foods From:
Chili's
Applebees
Olive Garden
McDonald's
Burger King'
Starbucks
Panera Bread



Average Fat : Salt Ratios

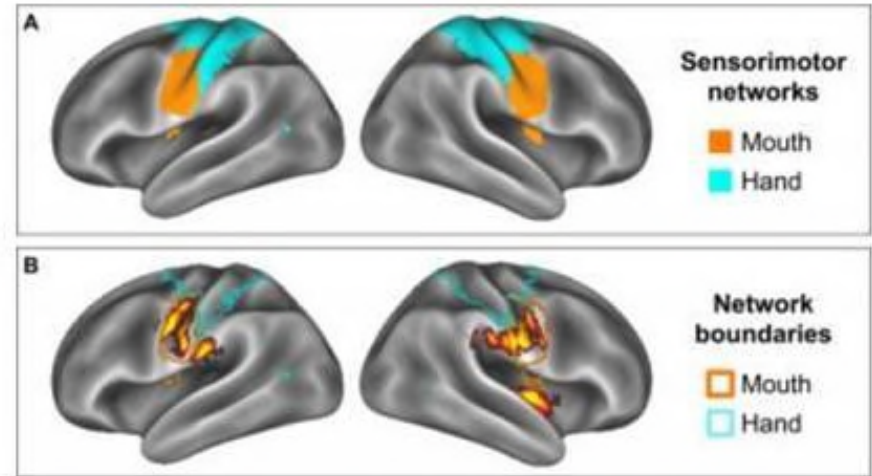


Winner of the Pulitzer Prize
MICHAEL MOSS



WESTERN DIET E DIPENDENZA

AL CONTRARIO DI TABACCO E DROGHE, PERÒ, IL CIBO È NECESSARIO ALLA VITA ED IL JUNK FOOD, BEN PIÙ ACCESSIBILE E A BUON MERCATO RISPETTO AI PRIMI, TROVA TRA I BAMBINI I PRIMI CONSUMATORI COMPULSIVI.



Le pubblicità di cibo spazzatura in televisione stimolano specifiche regione del cervello dei ragazzi in sovrappeso, tra cui quelle del piacere, del gusto e della bocca, simulando, nel contempo, il consumo “mentale” di questi alimenti che risulta in una perdita di peso molto più difficoltosa nel corso della loro vita.

Diagnosi di Dipendenza da cibo

YALE FOOD ADDICTION SCALE 2.0

Questionario

Formato da 35 Domande

Validato in lingua Italiana

Utilizzabile dai 10 Anni in Poi

Riporta in Automatico
la Diagnosi di Food Addiction

Riporta i le caratteristiche del
comportamento legato alla
dipendenza



YFAS 2.0
ISTRUZIONI

Il questionario vuole indagare sulle sue abitudini alimentari nell'ultimo anno. Alcune persone hanno difficoltà a strutturare l'assunzione di determinati cibi come:

- Dolci quali gelati, cioccolato, ciambelle, biscotti, torte, caramelle ecc
- Altri quali pane bianco, pasta e riso
- Snack salati quali patatine, crocchette ecc
- Cibi grassi quali hamburger, panino, pizza, patatine fritte ecc
- Beverage gasate quali coca cola, birra ecc

Nelle domande la dizione "certi cibi" si riferisce a qualsiasi tipo di cibo menzionato sopra e corrisponde a qualsiasi tipo di cibo che ritenga possa essere coinvolto.

	Opin. Cautamente Sì/6	Opin. Moderatamente Sì/5	Opin. Moderatamente No/4	Opin. Cautamente No/3	Non Menzionato/2	Non Menzionato/1
1 Quando inizio a mangiare "certi cibi" finisco per mangiare molto più di quanto pianificato.						
2 Continuo a mangiare "certi cibi" nonostante non sia più affamato.						
3 Mangio fino a sentirmi male (saccoleno).						
4 Non mangiere "certi cibi" o riduco certi altri il qualcosa che mi preoccupa.						
5 Trascuro tanto tempo senza mangiarli prima o a fatica per aver mangiato troppo.						
6 Mi trovo costantemente a mangiare "certi cibi" durante tutto il giorno.						
7 Trovo il modo di procurarmi "certi cibi" quando non sono disponibili. Per esempio, vado disposto ad allungare il mio percorso di guida verso un negozio per comprarli, anche quando ho altre opzioni disponibili a casa.						
8 Ho mangiato "certi cibi" assai spesso o in quantità tale che ho smesso di fare altre cose importanti, come lavorare o passare il tempo con la mia famiglia e con gli amici.						
9 Ho avuto problemi con la mia famiglia o con i miei amici per aver mangiato troppo.						
10 Ho evitato la scuola, il lavoro o attività sociali per paura di mangiare in eccesso lì.						
11 Quando ho ridotto o smesso di mangiare "certi cibi" mi sono sentito irritabile, nervoso o triste.						
12 Quando ho avuto sintomi fisici, per non aver mangiato "certi cibi", li ho mangiati per sentirmi meglio.						
13 Quando ho avuto disturbi emotivi, per non aver mangiato "certi cibi", li ho mangiati per sentirmi meglio.						
14 Quando ho ridotto o smesso di mangiare "certi cibi" ho avuto sintomi fisici. Per esempio ho avuto mal di testa o stanchezza.						
15 Quando ho ridotto o smesso di mangiare "certi cibi" ho avuto una gran voglia di mangiarli.						
16 La mia condotta alimentare mi ha causato molto malumore.						
17 Per non procurarmi ripercussioni tanto mia vita o smesso loro e ho smesso di mangiarli. Questo problema possono essere relazioni con la mia routine, il lavoro, la scuola, gli amici, la famiglia o la scuola.						
18 Mi sono sentito male per aver mangiato in eccesso, tanto da non aver altre cose importanti. Tra cui lavorare o passare il tempo con la famiglia e gli amici.						
19 Mangiare in eccesso ha interferito nel adempimento dei miei doveri familiari o nel fare i servizi domestici.						
20 Ho evitato il lavoro, la scuola o le attività sociali in queste situazioni non potrei mangiare "certi cibi".						
21 Ho evitato occasioni/incontri sociali perché la gente non avrebbe approvato quanto mangio.						
22 Nonostante sappia che la mia alimentazione avrebbe causato disturbi emotivi, ho continuato a mangiare "certi cibi".						
23 Nonostante sappia che la mia alimentazione mi avrebbe causato problemi fisici, ho continuato a mangiare "certi cibi".						
24 Mangiare la stessa quantità di cibo non mi dà più tanta soddisfazione come prima.						
25 Realmente ho voluto ridurre o smettere di mangiare "certi cibi", però semplicemente non ci sono riuscito.						
26 Avere bisogno di mangiare ogni volta di più per raggiungere la sensazione che volevo raggiungere mangiando. Ciò includeva rifiutare le emozioni negative (come la tristezza) o aumentare le emozioni positive (come il piacere).						
27 Non ho esse molto a lavoro o a scuola perché sto mangiando troppo.						
28 Ho continuato a mangiare "certi cibi", nonostante sappia che era dannoso per la mia salute. Per esempio ho continuato a mangiare dolci per averne il diabete, o cibi grassi, per averne malattie cardiovascolari.						
29 Ho avuto impulsi tanto forti per mangiare "certi cibi" che non potevo pensare ad altro.						
30 Ho avuto desideri tanto intensi per "certi cibi" che sentivo che avrei dovuto mangiarli nell'immediato.						
31 Ho provato a ridurre o smettere di mangiare "certi cibi", però non ho avuto successo.						
32 Ho provato a ridurre o smettere di mangiare "certi cibi" ed ho fallito.						
33 Sono stato tanto distratto mangiando che ho rischiato di ferirmi (ad esempio guidando l'auto, attraversando la strada, intravedendo macchinari).						
34 Sono stato tanto distratto pensando al cibo che ho rischiato di ferirmi (ad esempio guidando l'auto, attraversando la strada, intravedendo macchinari).						
35 I miei amici o familiari sono stati molto preoccupati perché ho esagerato con il cibo.						

RESEARCH

Open Access



Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey

Laura Di Renzo^{1†}, Paola Gualtieri^{1†}, Francesca Pivari^{2*}, Laura Soldati², Alda Attinà³, Giulia Cinelli^{3,4}, Claudia Leggeri³, Giovanna Caparello³, Luigi Barrea⁵, Francesco Scerbo⁶, Ernesto Esposito⁷ and Antonino De Lorenzo¹

Il 48% della popolazione aumenta di peso





Table 1 Participants' general characteristics and anthropometrics

	Whole sample (n = 3533)	Northern Italy (n = 547)	Center Italy (n = 2009)	Southern Italy and Islands (n = 977)
Age (years)	36.0 [27.0–49.0]* 40.03 ± 13.53	36.0 [29.0–52.0] 40.10 ± 13.48	37.0 [27.0–50.5] 39.29 ± 14.37	35.0 [26.0–45.0] 35.97 ± 13.87
Age groups (years)				
< 18	180 (5.1)	2 (0.4)	67 (3.3)	111 (11.4)
18–30	1048 (29.7)	177 (32.4)	616 (30.7)	255 (26.1)
31–50	1492 (42.2)	217 (39.7)	824 (41.0)	451 (46.2)
51–65	693 (19.6)	135 (24.7)	420 (20.9)	138 (14.1)
> 65	120 (3.4)	16 (2.9)	82 (4.1)	22 (2.3)
Gender (F)	2689 (76.1)	435 (79.5)	1313 (76.4)	738 (75.5)
Weight (kg)	65.0 [57.0–75.0]* 66.87 ± 13.16	65.0 [57.0–75.0] 66.88 ± 13.15	65.0 [57.0–75.0] 67.27 ± 14.35	65.0 [56.8–76.0] 67.74 ± 14.42
Height (cm)	166.0 [160.0–172.0]* 167.58 ± 8.47	167.0 [162.0–173.0] 167.60 ± 8.47	167.0 [161.0–173.0] 167.43 ± 8.25	165.0 [160.0–170.0] 166.37 ± 8.10
BMI (kg/m ²)	23.23 [21.01–26.01]* 27.66 ± 4.10	22.89 [20.83–25.47] 23.76 ± 4.10	23.15 [20.94–25.87] 23.89 ± 4.29	23.53 [21.26–26.57] 24.37 ± 4.30
Class of BMI				
Underweight	142 (4.0)	19 (3.5)	97 (4.8)	26 (2.7)
Normal weight	2243 (63.5)	368 (67.3)	1273 (63.4)	602 (61.6)
Overweight	814 (23.0)	108 (19.7)	469 (23.3)	237 (24.3)
Obesity I	251 (7.1)	42 (7.7)	126 (6.3)	83 (8.5)
Obesity II	66 (1.9)	8 (1.5)	32 (1.6)	26 (2.7)
Obesity III	17 (0.5)	2 (0.4)	12 (0.6)	3 (0.3)

Values are expressed as median and IQR in square brackets (M [IQR]) as well as mean and standard deviation (M ± SD) for continuous variables or as number and percentage (n (%)) for categorical variables

Article

Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLIC-COVID-19 Italian Online Survey

Laura Di Renzo ¹, Paola Gualtieri ¹, Giulia Cinelli ^{2,3,*}, Giulia Bigioni ⁴, Laura Soldati ⁵, Alda Attinà ², Francesca Fabiola Bianco ², Giovanna Caparello ², Vanessa Camodeca ², Elena Carrano ², Simona Ferraro ², Silvia Giannattasio ², Claudia Leggeri ², Tiziana Rampello ², Laura Lo Presti ⁶, Maria Grazia Tarsitano ⁷ and Antonino De Lorenzo ¹

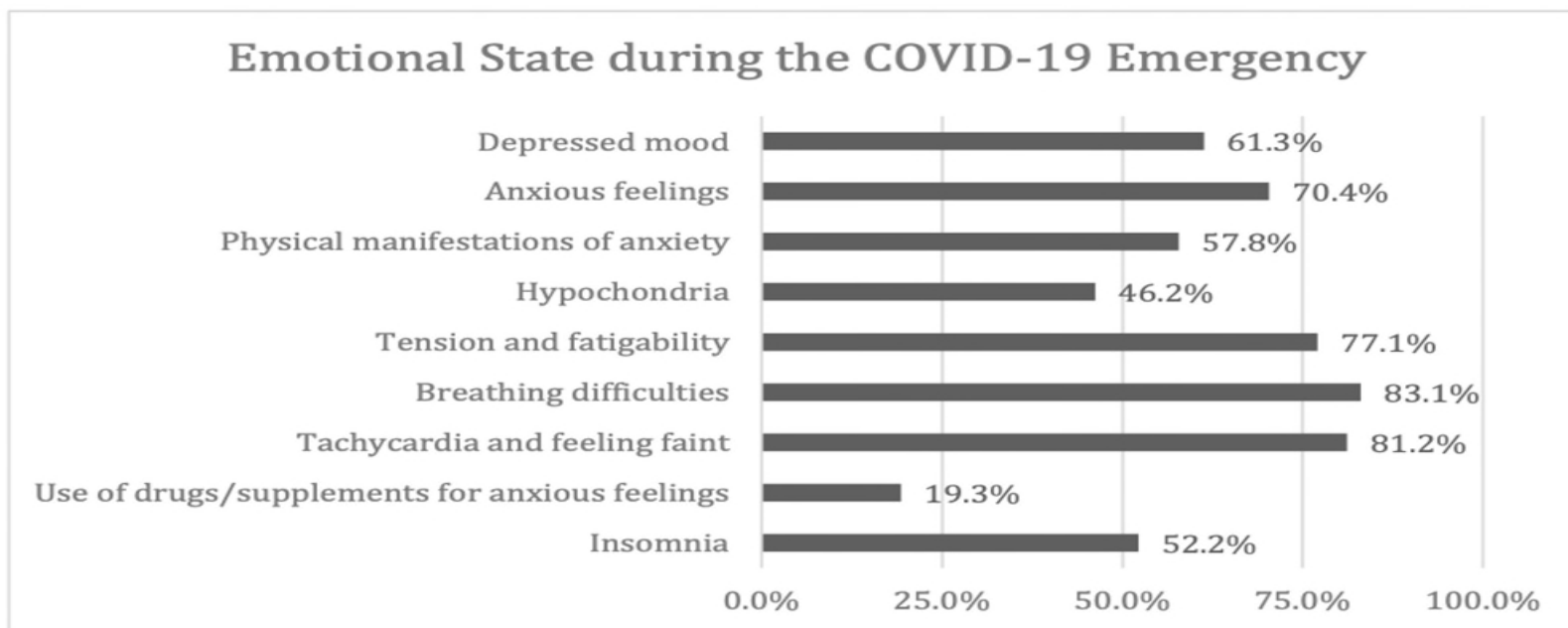






Figure 1. Percentage of positive answers to the questions extrapolated from the Hamilton Depression Rating Scale about depressed mood, anxious feelings, the physical manifestations of anxiety (tachycardia, headache, sweating), hypochondria, tension and fatigability (on alert, ready to cry, trembling, restless, unable to relax), breathing difficulties (sighing, choking sensation, chest pressure, dyspnoea), tachycardia and feeling faint (palpitation, chest pain), use of drugs and supplementation for anxious mood. The figure also includes the percentage of positive answers about insomnia.

Article

Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey

Laura Di Renzo ¹, Paola Gualtieri ¹, Giulia Cinelli ^{2,3,*}, Giulia Bigioni ⁴, Laura Soldati ⁵, Alda Attinà ², Francesca Fabiola Bianco ², Giovanna Caparello ², Vanessa Camodeca ², Elena Carrano ², Simona Ferraro ², Silvia Giannattasio ², Claudia Leggeri ², Tiziana Rampello ², Laura Lo Presti ⁶, Maria Grazia Tarsitano ⁷ and Antonino De Lorenzo ¹

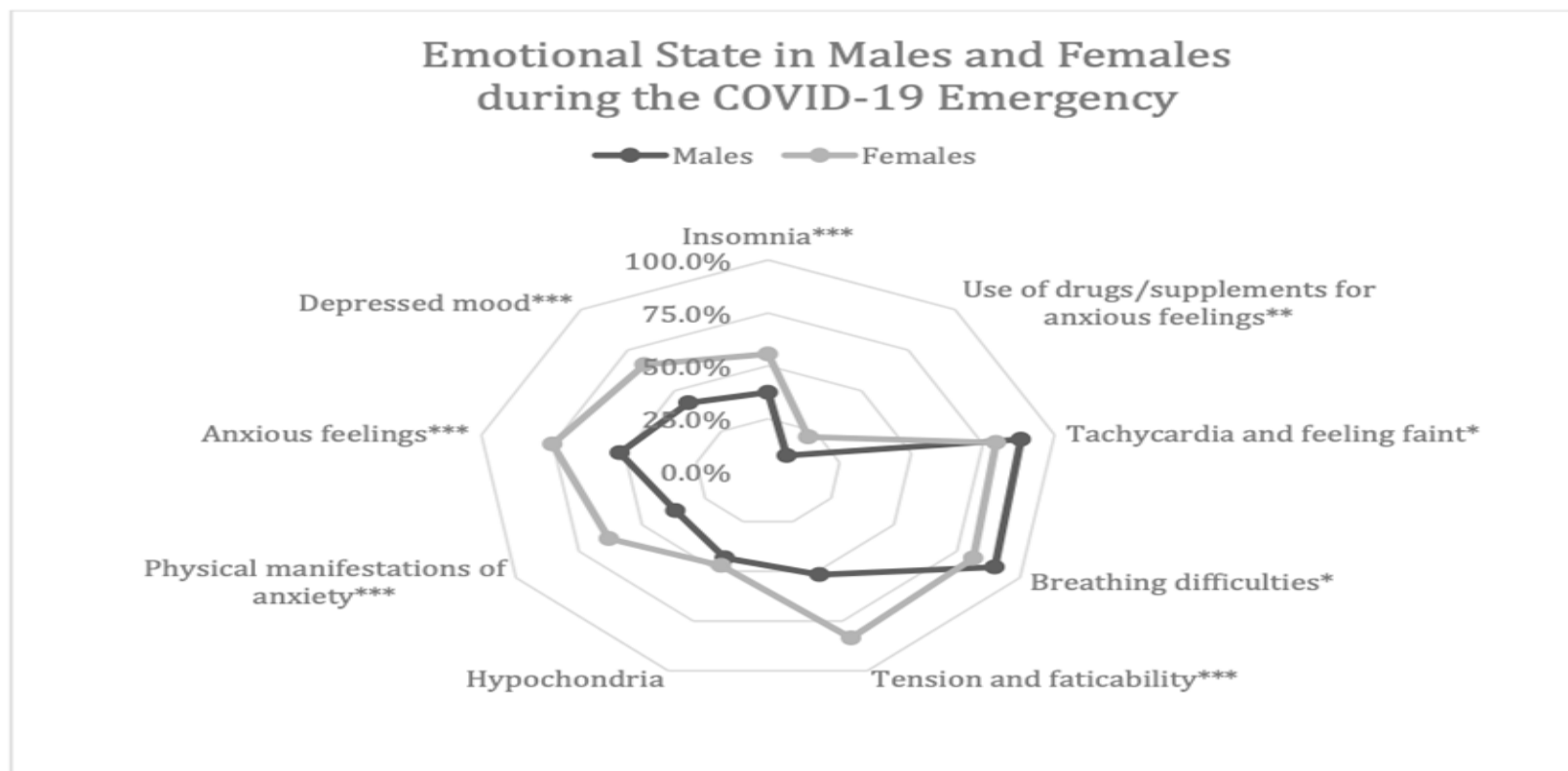
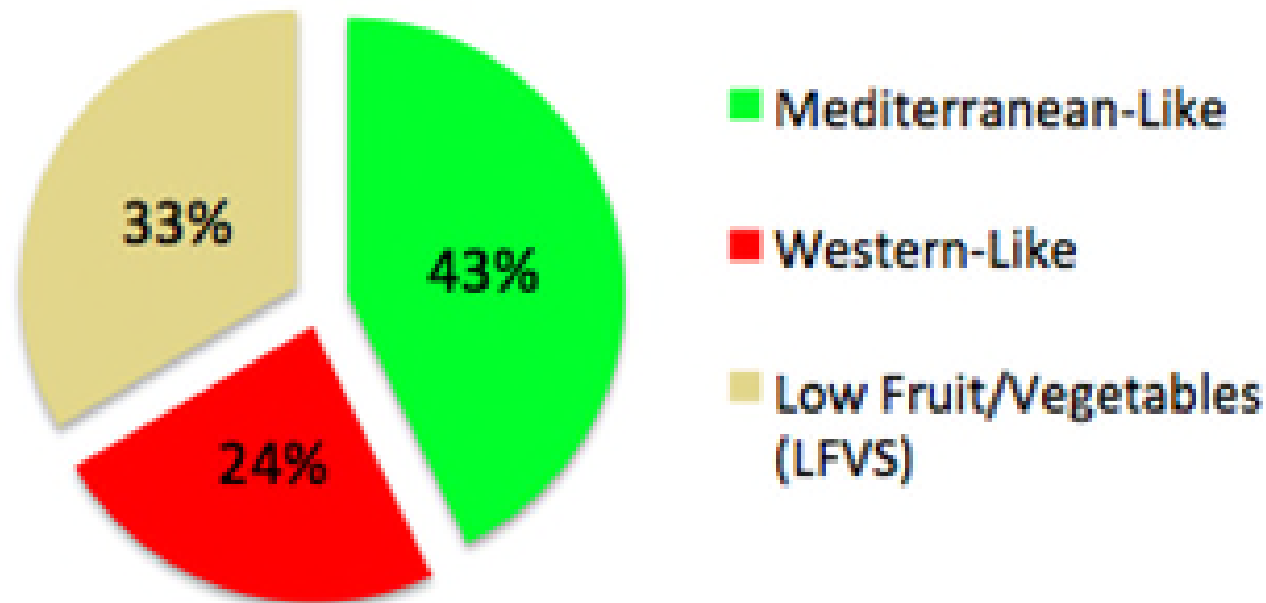


Figure 2. Percentages of positive answers to questions related to the emotional state during the COVID-19 emergency, in males and females. A Chi-square analysis was performed to compare male and female percentages. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

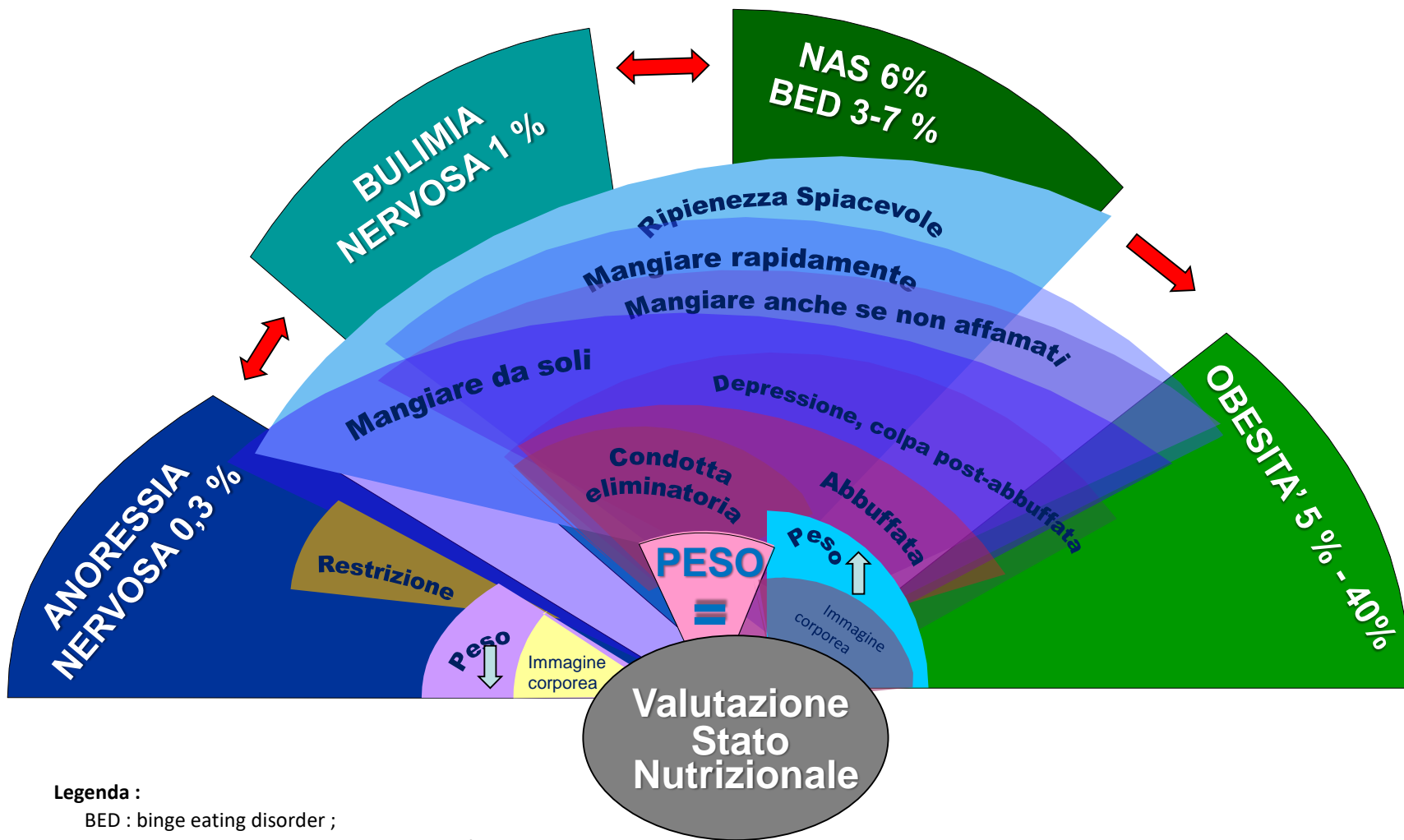
I dati rilevati dallo studio IPSAD® hanno identificato **3 cluster alimentari** diffusi fra la popolazione che si caratterizzano per la differente frequenza di consumo settimanale di alimenti tipici della Dieta Mediterranea

Prevalenza appartenenza Cluster



Campione di 5278 soggetti, rappresentativo della popolazione generale residente in Italia di età 15-64 anni. Intervistate tramite questionario postale 16224 (response rate 34%).

Valutazione dello Stato Nutrizionale Integrata



Legenda :

BED : binge eating disorder ;

Nas : disturbi alimentari non altrimenti specificati

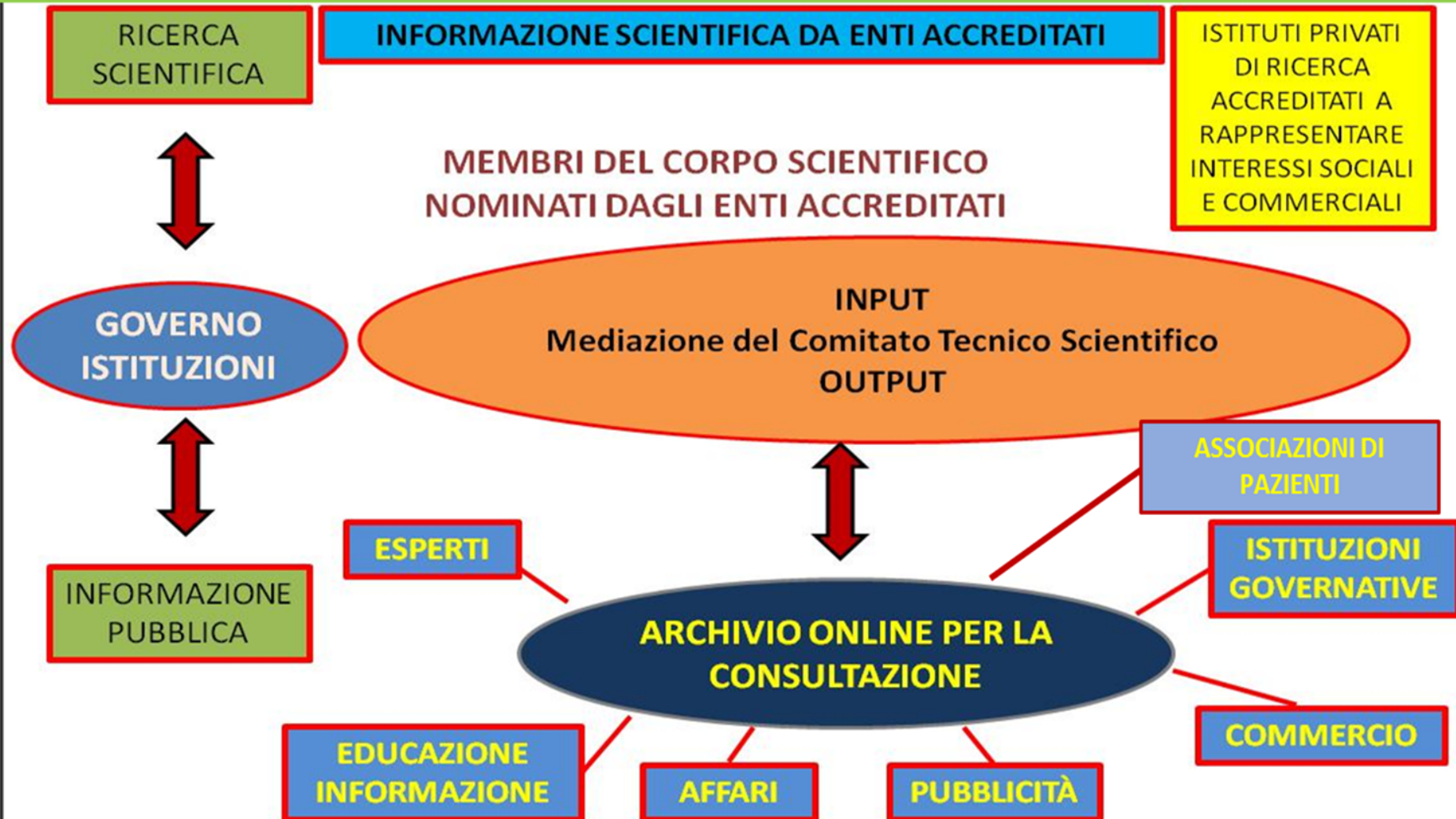
Dai : disturbi da alimentazione incontrollata (BED : binge eating disorder)

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionali e strategie d'intervento 2016-2019»

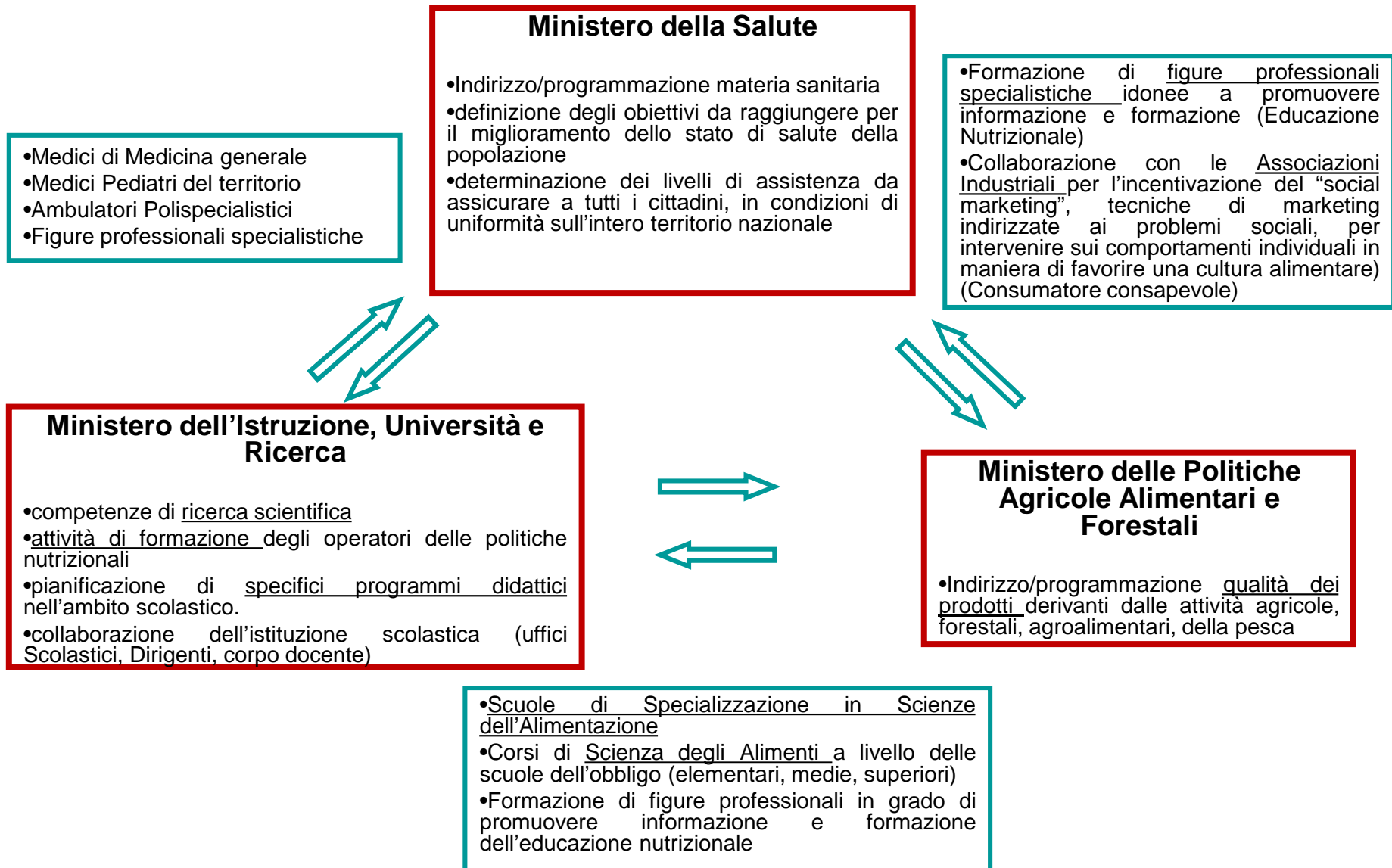
Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n 281

Osservatorio per l'Informazione dei Benefici Alimentari e la tutela del Consumatore

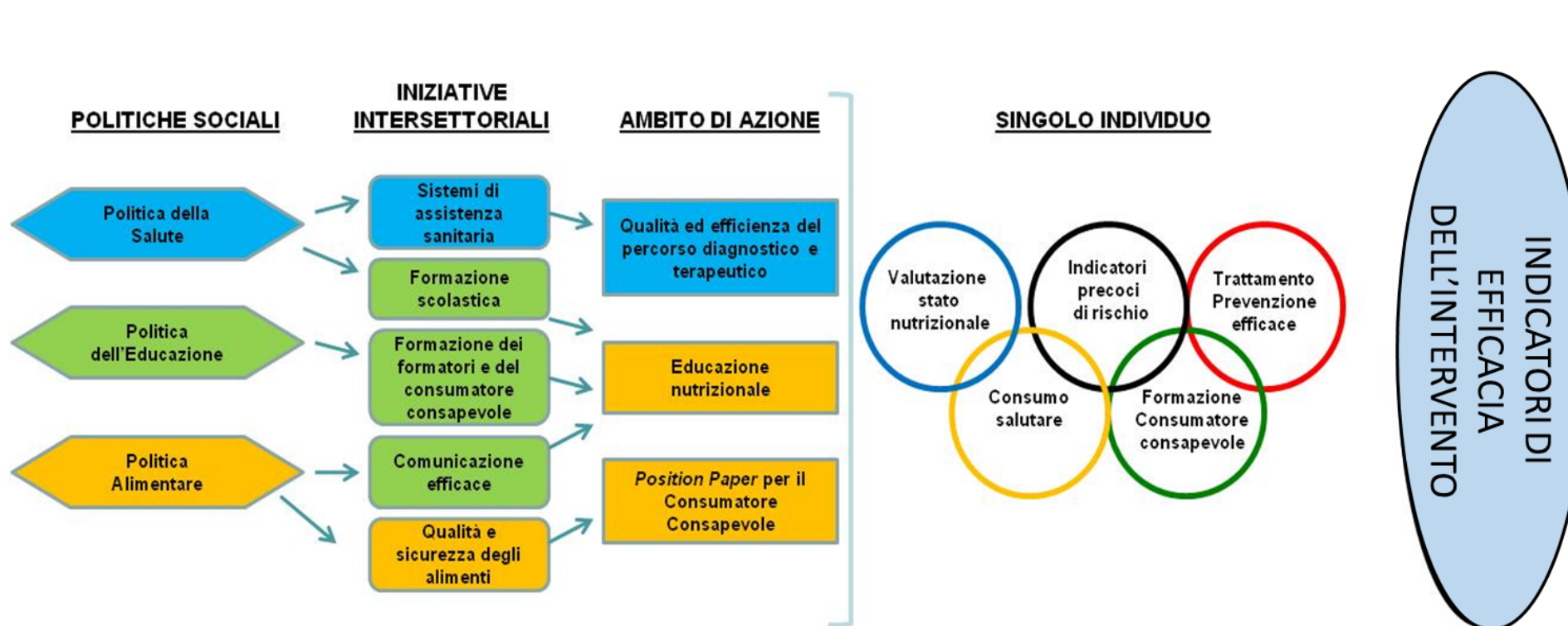
OsBAC



Enti coinvolti nel definizione di un Piano di Intervento



Approccio Integrato per il Contrasto dei Disturbi del Comportamento Nutrizionale e dell'alimentazione



Analisi Swot

ANALISI ESTERNE

PUNTI DI DEBOLEZZA

Si ritiene che i DNA siano la conseguenza dell'interazione tra più fattori predisponenti, di tipo genetico ed ambientale (es. fattori individuali e socio-culturali), sui quali vanno ad agire possibili fattori scatenanti, tra cui particolari eventi stressanti

MINACCE

ANALISI INTERNE

PUNTI DI FORZA

Garantire la continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DNA

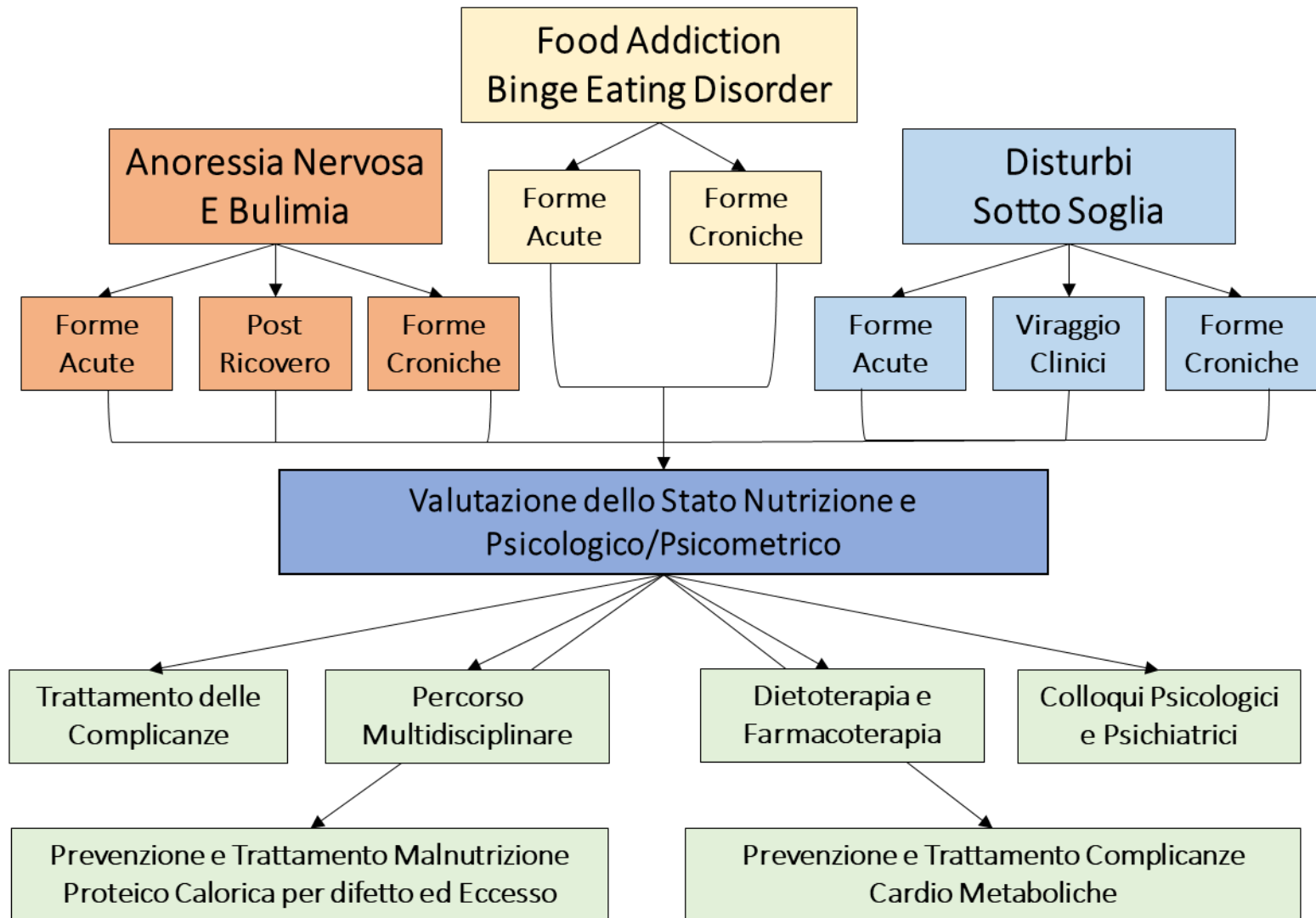
Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013) e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013) sottolineano come l'intervento Ambulatoriale Multidisciplinare Integrato, nel quale gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico-nutrizionali, costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei Disturbi Nutrizionali e Alimentari (DA).

OPPORTUNITA'

Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei DNA

L'ambulatorio multidisciplinare integrato svolge compiti di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di informazione (materiale informativo) e interventi psicoeducativi dedicati alle famiglie (singoli e/o di gruppo). L'ambulatorio può effettuare valutazioni di follow-up

Ambulatorio - Disturbi del Comportamento Alimentare



Azione . Ambulatorio multidisciplinare integrato

Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

L'ambulatorio multidisciplinare integrato svolge compiti di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di informazione (materiale informativo) e interventi psicoeducativi dedicati alle famiglie (singoli e/o di gruppo).

L'ambulatorio può effettuare valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate. Infine, svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici Regionali competenti.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietetico; interventi psico-educazionali; trattamenti di psicomotricità, gruppi di auto aiuto, ecc.

Disturbi Alimentari e Medicina delle 4P

I principi che ispirano la programmazione della rete dei servizi che operano in questo campo sono:

Umanizzazione:

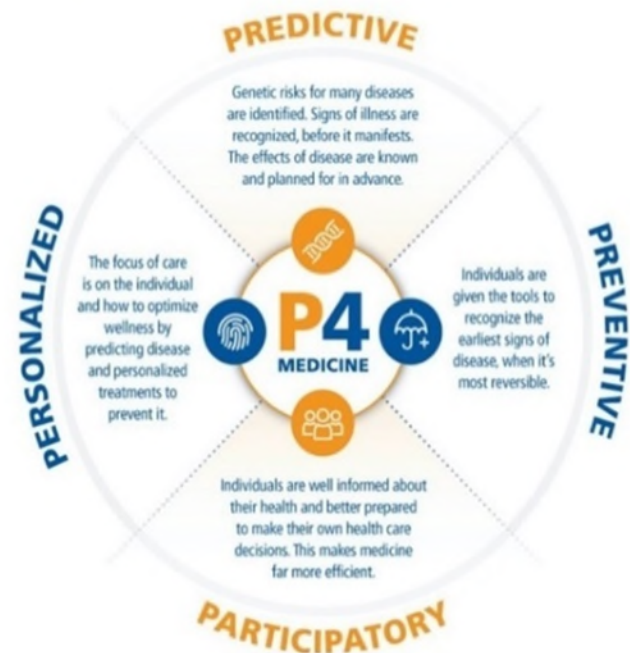
il paziente è al centro di ogni intervento, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter esercitare i propri diritti e accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;

Prossimità:

il paziente deve poter accedere a servizi che si occupano di DA territorialmente vicini;

Integrazione sociosanitaria

Basata su interventi evidence-based: ovvero integrazione dei diversi aspetti in modo da raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e di partecipazione alla vita della comunità, liberi da stigma e discriminazione.



PERCORSI DI CURA e PDTA

DISTURBI NUTRIZIONALI E ALIMENTARI

L'intervento **Ambulatoriale Multidisciplinare Integrato**, nel quale gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico-nutrizionali, costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei Disturbi Nutrizionali e Alimentari (DNA).

PROGRAMMA	DNA
TITOLO AZIONE	Ambulatorio multidisciplinare integrato
OBIETTIVO PRINCIPALE	Creazione di un ambulatorio per la presa in carico e trattamento dei disturbi di comportamento alimentare in età evolutiva e adulta. Il programma contiene gli elementi irrinunciabili di tipo clinico e modalità organizzative principalmente raccomandate nella fase diagnostica e di assesment secondo le indicazioni regionali. Attivazione di un Ambulatorio multidisciplinare integrato (Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria e Psicologia Clinica e Nutrizione clinica) per i Disturbi Nutrizionali e Alimentari (DNA) per la fascia di età 12-18 e 18-65 anni.
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Gli obiettivi della fase di Assessment clinico-diagnostico sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• dare una risposta alla richiesta di cura della persona affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare;• la presa in carico e accoglienza di soggetti afferenti su propria iniziativa o su iniziativa del caregiver o su invio del Medico di Medicina Generale, PS e PDLs;• l'effettuazione di una diagnosi della tipologia di DNA, definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute fisica e mentale e fornire indicazioni sul livello di cura più appropriato;• definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute fisica;• definire il livello di gravità in termini di compromissione dello stato di salute mentale;• definire il livello di motivazione alla cura;• dare indicazioni per il livello di cura più opportuno (terapia ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, ricovero ospedaliero in acuto, ricovero psichiatrico in acuto);• Assicurare l'assistenza e la presa in carico dei pazienti attraverso i PAC-dedicato DA P3075 dedicato (Decreto U00250/2016)• inserire nel percorso diagnostico la famiglia, quando questo si renda necessario;• fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore o quando viene richiesto ed autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione trasparente della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell'Evidenza• Assicurare attraverso i servizi di Telemedicina, quali televisita, teleconsulto nuovi canali di comunicazione che facilitano l'integrazione di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di presa in carico, dei pazienti e dei loro famigliari (DCA n U00103 del 22 luglio 2020 Attivazione servizi di Telemedicina in ambito specialistico e territoriale)• Utilizzare la cartella elettronica condivisa tra i professionisti con un sistema digitalizzato per la registrazione di tutti i dati relativi all'assistenza del paziente• La predisposizione per ogni singolo paziente di un percorso di cura appropriato con protocolli di passaggio tra i diversi setting assistenziali ospedale-territorio.

PERCORSI DI CURA e PDTA DISTURBI NUTRIZIONALI E ALIMENTARI

L'Obiettivo Generale del Policlinico Tor Vergata nel contesto del presente Piano di Attività regionale è di agire come un centro di eccellenza per la diagnosi, il trattamento e la ricerca sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) nella Regione Lazio sia per la popolazione pediatrica che adulta

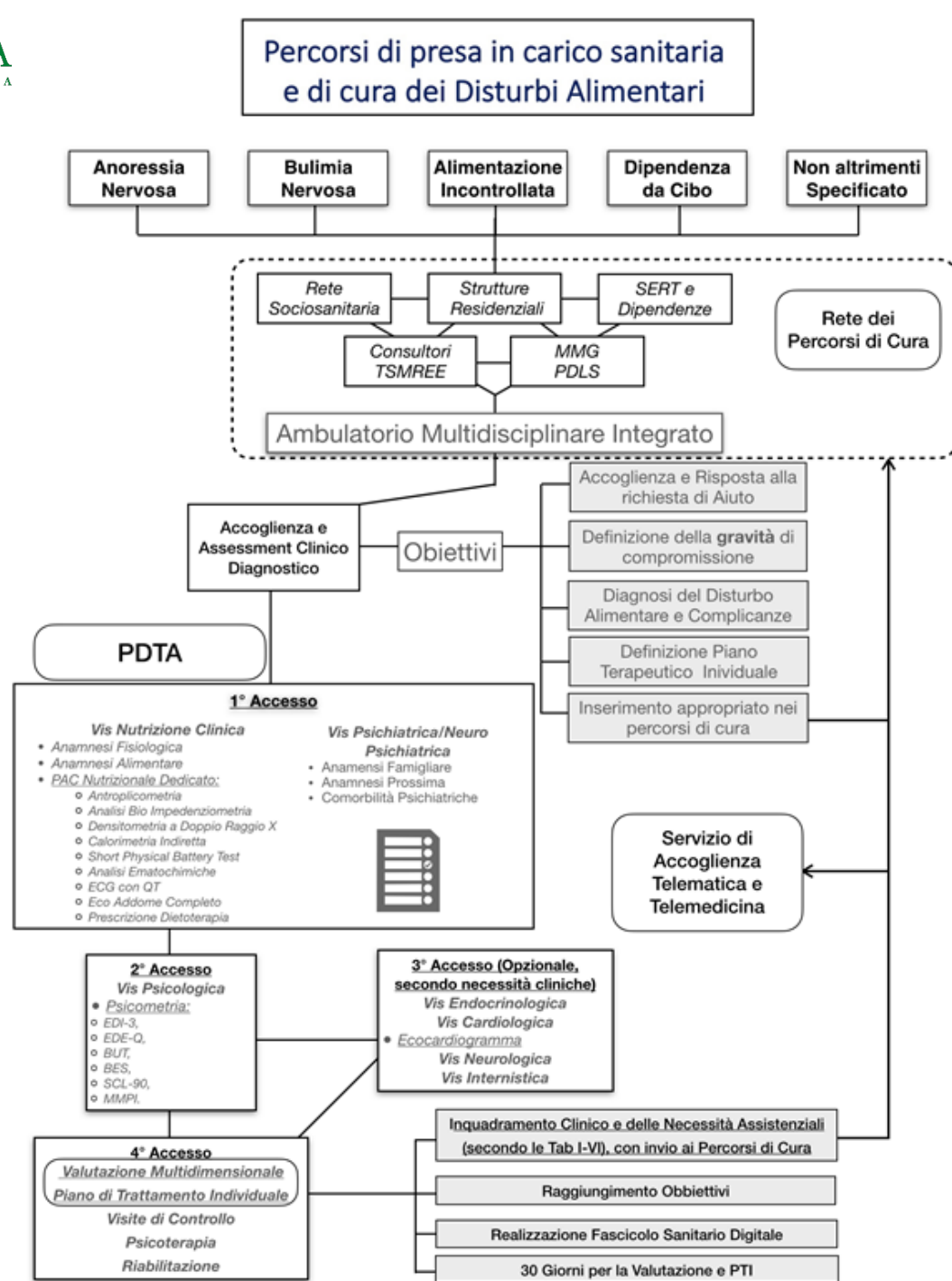


Table IV. Principal features of the Disease-Specific Pathways (DSP) model and the Non-Specific Vulnerability-Stressor (NSVS) model in eating disorder primary prevention programs^a

DSP model

Promotion of nutrition and exercising for healthy weight control

Promotion of skills for analyzing, resisting, and combating eating disorder social risk factors (e.g. pressure to diet)

Education on the nature and dangers of calorie-restrictive dieting and on the nature and dangers of eating disorders

Promotion of skills to resolve specific developmental challenges (e.g. the conflict between normal pubertal weight gain and living in a society that idealizes thinness)

NSVS model

Promotion of nutrition and exercising as part of a healthier lifestyle

Promotion of life skills to cope with general stressful events of life

Education and promotion of critical thinking about the meaning and social construction of gender

Promotion of skills to improve general self-esteem and a sense of competence

Features shared by DSP and NSVS models

Promotion of the natural diversity of weight and shape

Emphasis on the socio-cultural and developmental factors

Value on cultural literacy (e.g. training students to understand, critique and resist unhealthy messages from the media)

Promotion of life skills to strengthen the individuals against potential factors contributing to development of eating disorders.

^a This table synthesizes the Levine and Piran description of the DSP and NSVS models.^[59]

REVIEW ARTICLE

Dis Manage Health Outcomes 2003; 11 (5): 579-593

1173-8790/03/0009-0579/\$30.00/0

© Acta Data Information BV 2003. All rights reserved.

School-Based Prevention Programs for Eating Disorders Achievements and Opportunities

Riccardo Dalle Grave

Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP), Verona, Italy

SCUOLA

AZIONI DI PREVENZIONE IN ETA' EVOLUTIVA

❖ ALFABETIZZAZIONE ALIMENTARE

❖ MEDICO SCOLASTICO

Scuola Primaria

5[^] Anno, 10 anni (Prepubere - Pubere)

Obiettivi all'inizio della Scuola:

- Valutazione Stato Nutrizionale e Cardiometabolico
- Valutazione Sviluppo Sessuale e Accrescimento
- Valutazione e Modificazione delle Abitudini Alimentari
- Valutazione e Modificazione dello Stile di Vita
- Valutazione della Ristorazione Collettiva e Modificazione

Visita Medica:

- Percentili di Crescita
- Circonferenze Corporee
- Accrescimento Puberale
- Menarca/Volume Testicolare
- Analisi Bia
- Pressione Arteriosa
- Esami primo livello

Cambio Abitudini alimentari

- Distributori automatici e punti ristoro scolastici solo con alimenti "Low e No Processed"
- Cicli di Incontri sui Disturbi dell'Alimentazione contro al FAT-SHAMING e Anoressia Nervosa.
- Formazione ed informazione Health Nutrition
- Screening per Food Addiction

Cambio Stili di Vita

- Prevenzione attività sui Disturbi Alimentari e sorveglianza familiare
- Aumento delle ore di attività fisica
- Promozione dello Sport curricolare
- Promozione dello Sport extracurricolare
- Sostegno allo Sport per "tutti"
- Palestre e percorsi nei parchi

Ristorazione collettiva:

- Mense Biologiche
- Mense No Ultra processed
- Menu, dieta mediterranea di riferimento (IAM>7, Orac>10.000ui, Pral <10, Fibre 15g/1000, alimenti da NACCP.

Ripetere dove risorse disponibili le valutazioni ed azioni correttive ogni anno

Confronto con i dati del PLS o delle valutazioni a sei anni.



Correzione degli Esiti

- Se, già, presenti segni o sintomi di Alterazioni dello sviluppo o di Disturbo Alimentare -> Invio diretto al PPDTA
- Se presente aumento o persistenza del sovrappeso -> invio al PPDTA per Obesità
- Se presente dipendenza da cibo -> invio al PPDTA per obesità
- Se Menu scolastico fuori dai parametri nutrizionali, controllo sul dietista compilatore e impresa appaltatrice il servizio.
- Se assente o scarso cambio delle abitudini intervento breve o cicli di colloqui con la famiglia.

Al termine dell'anno scolastico

- Visita Medica di controllo
- Bilancio di Crescita Statura Genitale
- Test Fisici e di performance
- Analisi stile di Vita
- Report sulla Presenza di Disturbi Alimentari e Ritardi o Alterazioni dello Sviluppo Sessuale.

Durante l'anno

- Vigilanza sui menu scolastici
- Vigilanza sui bandi per l'allocazione dei distributori e punti ristoro
- Vigilanza sui percorsi di promozione allo sport e sull'esecuzione dei seminari a per la diffusione di una sano stile di vita.

Scuola Secondaria Primo Grado

3[^] Anno, 13 anni (Preadolescenza - Pubertà)

Obiettivi all'inizio della Scuola:

- Valutazione Stato Nutrizionale e Cardiometabolico
- Valutazione Sviluppo Sessuale e Accrescimento
- Educazione alla fertilità ed alla alimentazione
- Valutazione e Modificazione delle Abitudini Alimentari
- Valutazione e Modificazione dello Stile di Vita
- Valutazione della Ristorazione Collettiva e Modificazione

Visita Medica:

- Percentili di Crescita
- Circonferenze Corporee
- Menarca/Volume Testicolare
- Valutazione PCOS/Ritardo sviluppo, ipogonadismo
- Analisi Bia
- Pressione Arteriosa
- Esami primo livello

Cambio Abitudini alimentari

- Distributori automatici e punti ristoro scolastici solo con alimenti "Low e No Processed"
- Cicli di Incontri sui Disturbi dell'Alimentazione contro al FAT-SHAMING e Anoressia Nervosa.
- Formazione ed informazione Health Nutrition
- Screening per Food Addiction

Cambio Stili di Vita

- Prevenzione attività sui Disturbi Alimentari e sorveglianza familiare
- Aumento delle ore di attività fisica
- Promozione dello Sport curricolare
- Promozione dello Sport extracurricolare
- Sostegno allo Sport per "tutti"
- Palestre e percorsi nei parchi

Ristorazione collettiva:

- Mense Biologiche
- Mense No Ultra processed
- Menu, dieta mediterranea di riferimento (IAM>7, Orac>10.000ui, Pral <10, Fibre 15g/1000, alimenti da NACCP.

Ripetere dove risorse disponibili le valutazioni ed azioni correttive ogni anno

Confronto con i dati del PLS o delle valutazioni a 6 e 10 anni



Correzione degli Esiti

- In presenza di PCOS/ritardo dello sviluppo/ipogonadismo -> invio PPDTA per Obesità, Disturbi Alimentari
- Se, già, presenti segni o sintomi di Alterazioni dello sviluppo o di Disturbo Alimentare -> Invio diretto al PPDTA
- Se presente aumento o persistenza del sovrappeso -> invio al PPDTA per Obesità
- Se presente dipendenza da cibo -> invio al PPDTA per obesità
- Se Menu scolastico fuori dai parametri nutrizionali, controllo sul dietista compilatore e impresa appaltatrice il servizio.

Al termine dell'anno scolastico

- Visita Medica di controllo
- Bilancio di Crescita Statura Genitale, PCOS/ipogonadismo maschile o ritardo pubertà.
- Test Fisici e di performance
- Analisi stile di Vita
- Report sulla Presenza di Disturbi Alimentari e Ritardi o Alterazioni dello Sviluppo Sessuale.

Durante l'anno

- Vigilanza sui i menu scolastici
- Vigilanza sui bandi per l'allocazione dei distributori e punti ristoro
- Vigilanza sui percorsi di promozione allo sport e sull'esecuzione dei seminari a per la diffusione di una sano stile di vita.

Proposta della Prof.ssa Lorenza Lei
Responsabile Struttura Cinema-Audiovisio, Regione Lazio

in collaborazione
con l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata"
Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione

Cresci Sano, Mangia Mediterraneo: Progetto di Alfabetizzazione Alimentare con App e Giochi Educativi

- **CRESIGAMe+**

2 – Il Progetto CRESIGAMe+. Domini.

- L'alfabetizzazione sanitaria, definita come la capacità di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni sulla salute, è stata identificata come un obiettivo di salute pubblica, insieme alla alfabetizzazione nutrizionale e alimentare.
- L'alfabetizzazione sanitaria, definita come la capacità di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni sulla salute, è stata identificata come un obiettivo di salute pubblica, insieme alla alfabetizzazione nutrizionale e alimentare.
- Il progetto di alfabetizzazione alimentare CRESIGAMe+ si rivolge agli alunni delle scuole elementari e medie inferiori con l'intento fornire una adeguata alfabetizzazione nutrizionale destinata agli scolari con l'intento di far comprendere la capacità di ottenere informazioni dietetiche concrete e sviluppare una comprensione di fattori che possono migliorare o ridurre la salute. CRESIGAMe+ si basa sull'utilizzo di tecnologie innovative dirette alla produzione di contenuti digitali, app e giochi interattivi
- I PIANI DI EDUCAZIONE ALIMENTARE POTRANNO ESSERE EROGATI DA PERSONALE APPOSITAMENTE FORMATO (Biologi Nutrizionisti)

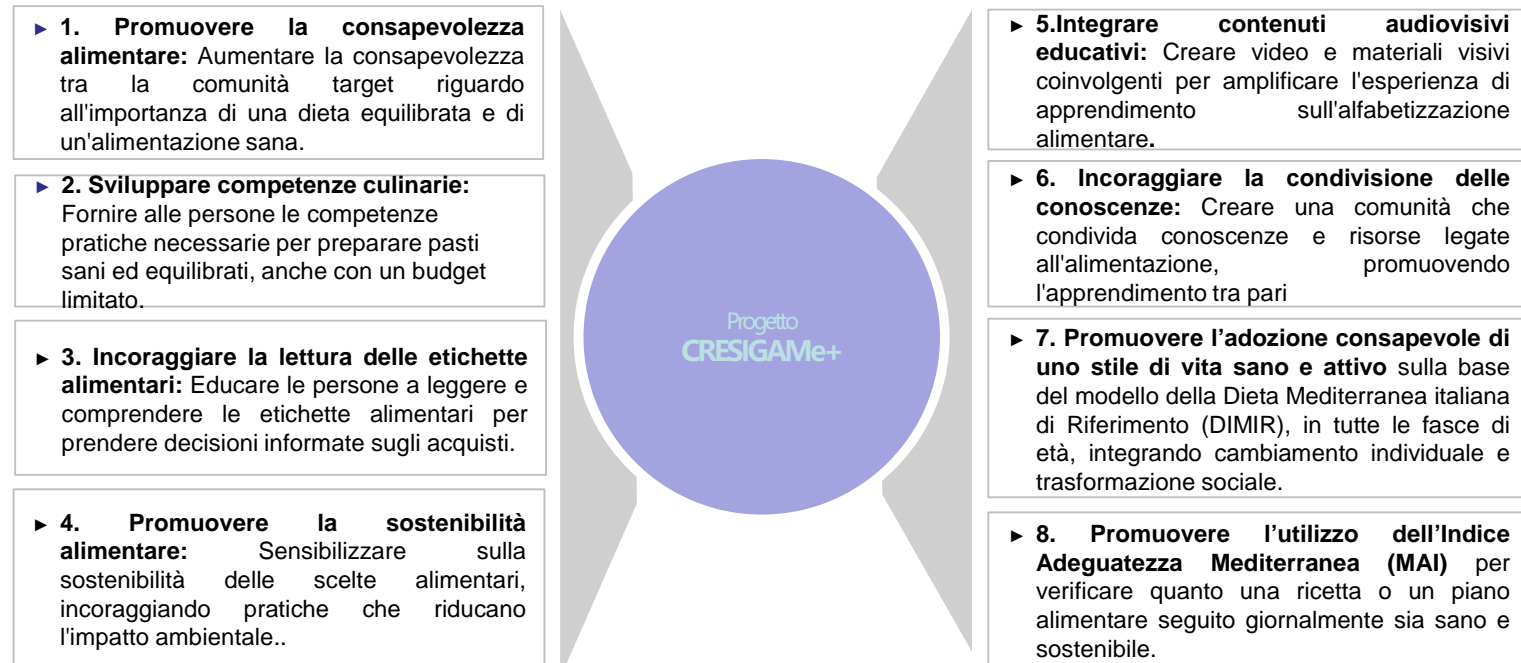
Alfabetizzazione nutrizionale funzionale



Alfabetizzazione nutrizionale interattiva

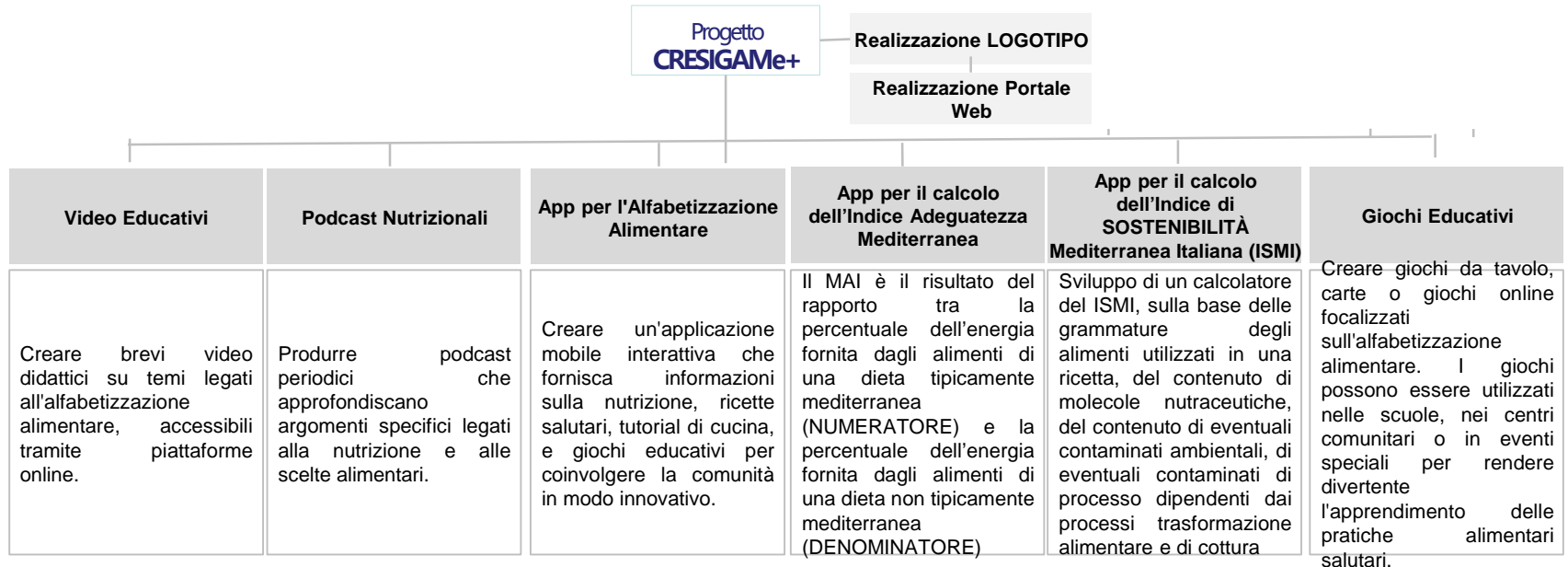
3 – CRESIGAMe+ - piano strategico e obiettivi.

- Si vuole proporre un Piano strategico innovativo, pianificando e implementando azioni educative che mirino a migliorare la qualità e l'accesso alle azioni sull'alimentazione adeguata e salutare, incoraggiando cambiamenti nelle abitudini alimentari e il mantenimento di un peso salutare.
- Le strategie educative, supportate da un patrimonio di informazioni multidisciplinare, completo e basato sulla chiarezza e correttezza scientifica, saranno finalizzate a sostenere lo sviluppo di una consapevolezza collettiva sui benefici della corretta alimentazione e della qualità nutrizionale dei prodotti alimentari del paniere mediterraneo italiano, quindi, a promuovere comportamenti coerenti con gli obiettivi di salute.



Progetto CRESIGAME+. Articolazione della componente digital.

- Nel periodo della Scuola dell'infanzia i bambini acquisiscono atteggiamenti comportamentali che caratterizzeranno il loro futuro stile di vita. E' di fondamentale importanza avviare un rapporto sereno con il cibo, sensibilizzare i bambini, attraverso esperienze ludico-sensoriali e cognitive, all'assunzione di corrette abitudini alimentari, alla varietà e al gusto del cibo e formare comportamenti corretti, nell'ottica di un'educazione alla salute.
- L'educazione alimentare nella scuola secondaria di primo grado può fornire benefici immediati e a lungo termine agli adolescenti. L'esplorazione delle opinioni di più gruppi di stakeholder sull'importanza, i ruoli e le sfide dell'educazione alimentare a scuola, ed i loro suggerimenti per migliorarla, aiuterà la progettazione e l'esecuzione di futuri curricula e programmi di educazione alimentare.





UNIVERSITA' degli STUDI di ROMA
TOR VERGATA

Prof. Antonino De Lorenzo

Direttore della Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione



Palazzo Giustiniani, a. Capola della Chiesa di S. Luca nel Collegio della Sapienza, b. Palazzo Giustiniani, c. Chiesa del SS. Salvatore.

*Audizione Commissione Igiene e Sanità
Senato della Repubblica*

Disegno di legge n. 438

Roma - 16 Febbraio 2017



Referimenti:

Prof.ssa Laura Di Renzo,

Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione

Università degli studi di Roma “Tor Vergata”

Indirizzo: Via Montpellier 1, 00131 (Roma)

Telefono e indirizzo e-mail: 06-72596856; 349-8052962

[E-mail: laura.di.renzo@uniroma2.it](mailto:laura.di.renzo@uniroma2.it)