

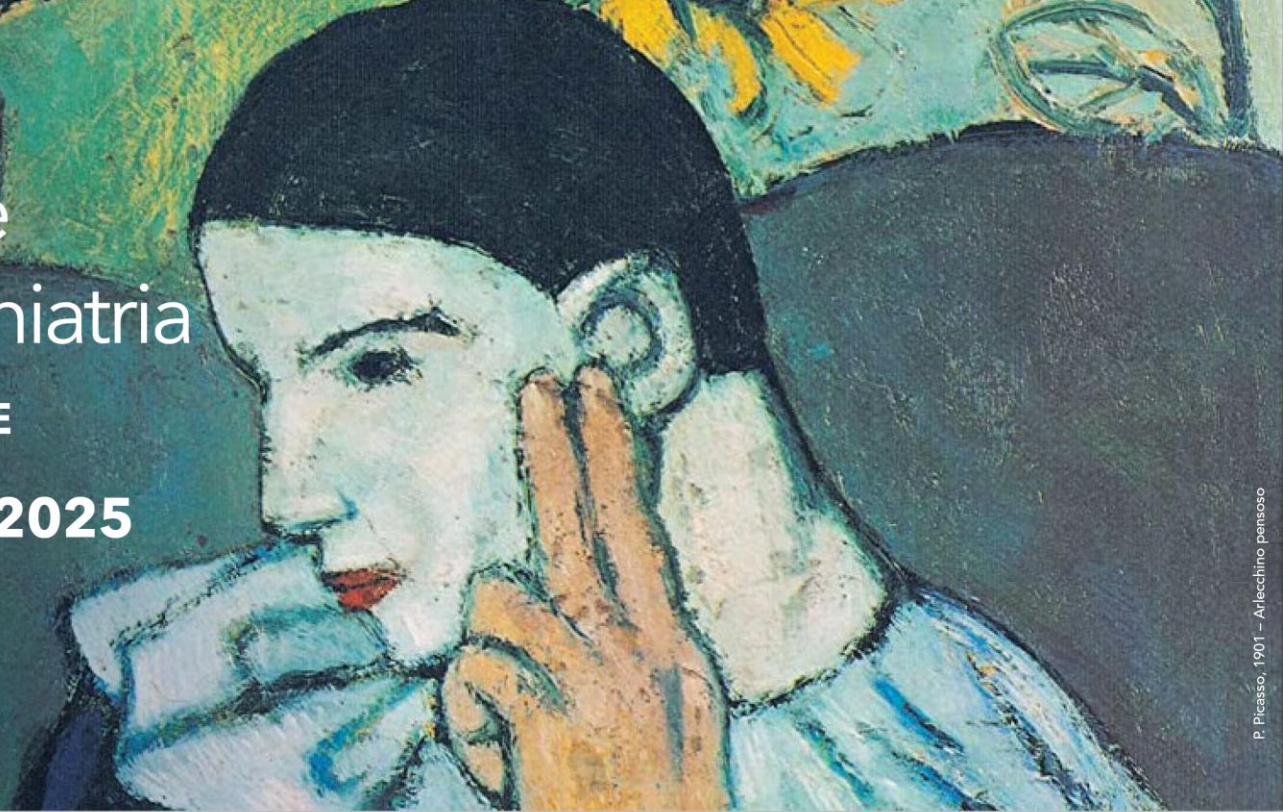
...la vita scolpisce la mente...

Up Date di Neuropsichiatria

6^a EDIZIONE

10/11 ottobre 2025
TORINO


Humana



P. Picasso, 1901 - Arlecchino pensoso

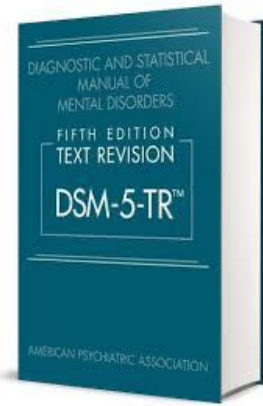
Lucilla Bonvini

Verso una medicina personalizzata dei disturbi alimentari



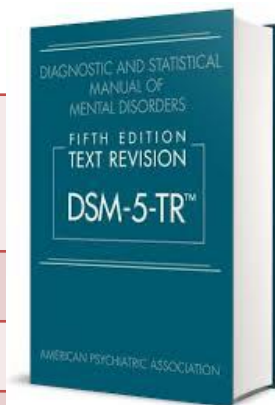
DEFINIZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale





1.	Pica
2.	Disturbo di ruminazione
3.	Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
4.	Anoressia Nervosa a. Tipo con restrizioni b. Tipo con abbuffate/comportamenti purgativi
5.	Bulimia Nervosa
6.	Disturbo da binge eating
7.	Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione con altra specificazione a. Anoressia Nervosa Atipica b. Bulimia Nervosa di bassa frequenza e/o durata limitata c. Disturbo da binge eating di bassa frequenza e/o durata limitata d. Disturbo da condotta di eliminazione e. Disturbo da alimentazione notturna
8.	Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione senza altra specificazione





	SINTOMI CORE SECONDO IL DSM 5 per i disturbi 4 - 8
A	Intensa paura di aumentare di peso oppure persistente comportamento che interferisce con l'aumento di peso
B	Alterazione del modo in cui vengono vissuti dall'individuo il peso e/o la forma del proprio corpo
C	Livelli di autostima indebitamente influenzati dal peso
D	Restrizioni o abbuffate

La classificazione DSM riflette la realtà clinica?

- Il modello tradizionale, proposto dal DSM, è limitato ai segni e sintomi osservabili delle malattie al momento della valutazione, e non si occupa delle traiettorie e delle modalità di decorso longitudinale dei sintomi, delle differenze individuali e delle possibili combinazioni di sintomi o comorbidità
- Le ultime due categorie (con e senza altra specificazione) riflettono diagnosi molto comuni in campioni ospedalieri e ambulatoriali
- E' molto comune osservare una migrazione tra le diverse categorie diagnostiche
- Le diverse categorie diagnostiche non riflettono differenti storie prognostiche e terapeutiche
- Solo il 40-60% dei pazienti guarisce, indipendentemente dalla diagnosi di tipo di DNA e spesso persiste una sintomatologia residua.
- La comorbidità, più che la categoria, condiziona significativamente fenomenologia e traiettorie prognostiche



La classificazione DSM 5 riflette la realtà clinica?

LA PROSPETTIVA TRANSDIAGNOSTICA DI FAIRBURN

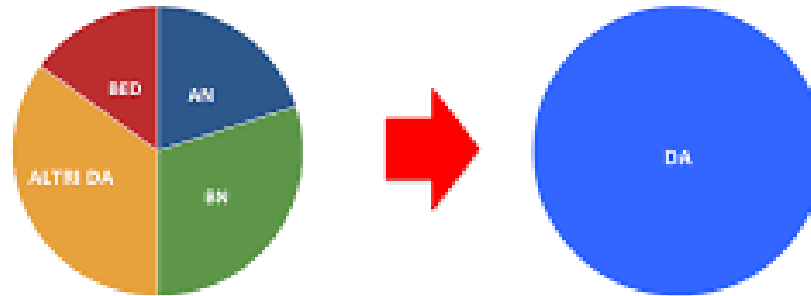
La teoria **transdiagnostica** considera i disturbi dell'alimentazione come **UN'UNICA CATEGORIA DIAGNOSTICA** piuttosto che come disturbi separati.

- Il disturbo presentato dal soggetto quindi non è rilevante per la cura.
- Il contenuto del trattamento è dettato dalle caratteristiche cliniche e dai processi di mantenimento presenti nel singolo paziente.

La classificazione DSM 5 riflette la realtà clinica?

LA PROSPETTIVA TRANSDIAGNOSTICA DI FAIRBURN

(C. Fairburn, 1981; C. G. Fairburn & Harrison, 2003)

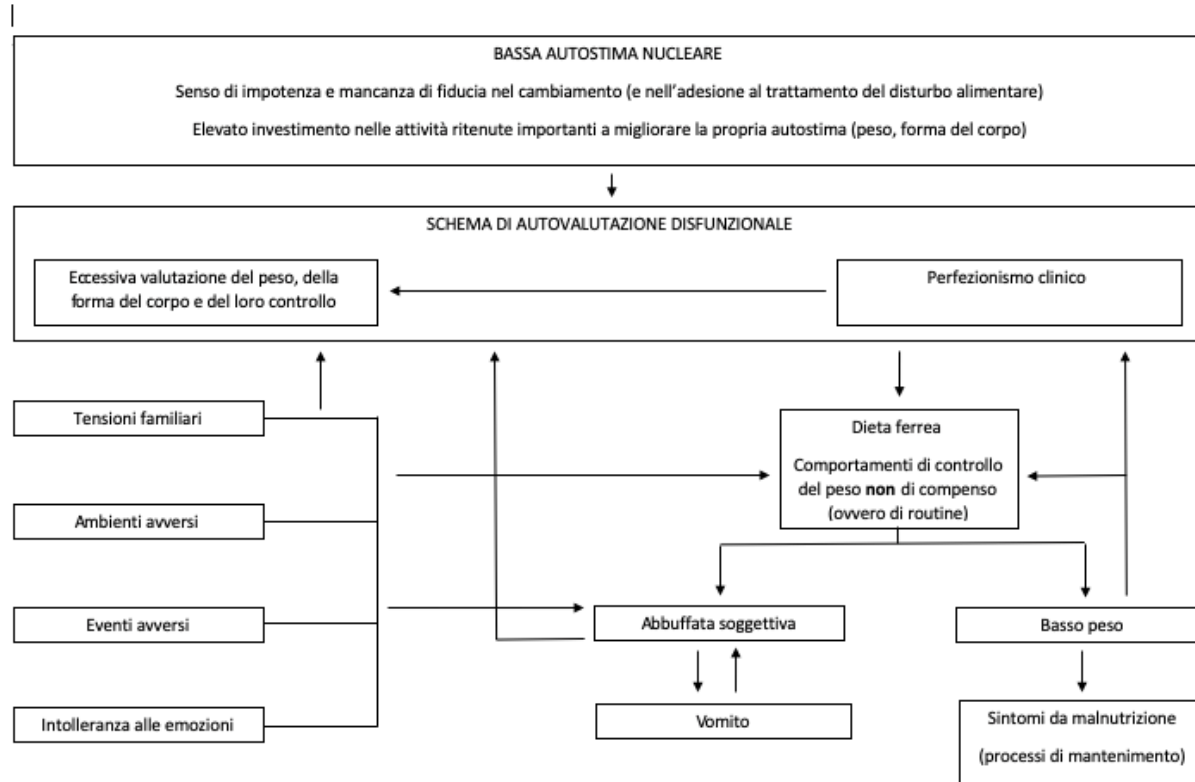


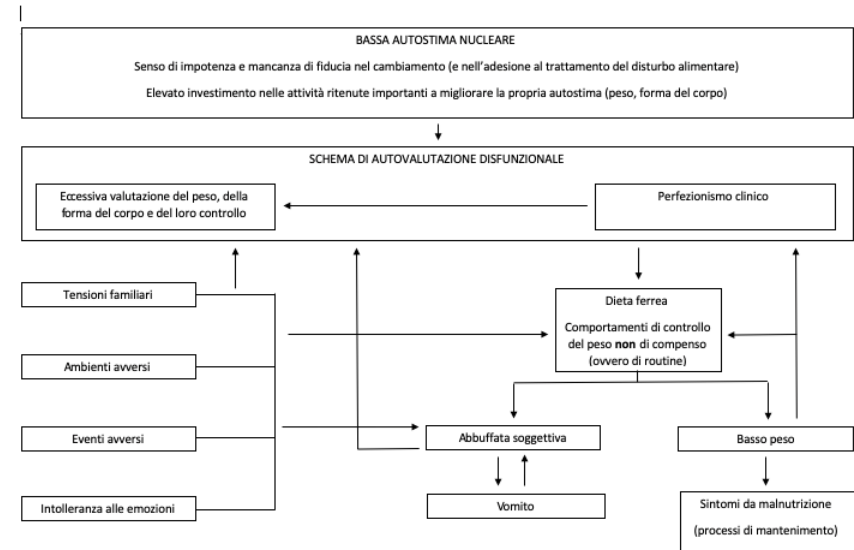


QUAL È QUINDI LA PSICOPATOLOGIA SPECIFICA DEI DNA

SINTOMI CORE SECONDO IL DSM	SINTOMI CORE SECONDO FAIRBURN
Intensa paura di aumentare di peso oppure persistente comportamento che interferisce con l'aumento di peso	Eccessiva valutazione del peso e delle forme del corpo.
Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo	Eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione
Livelli di autostima indebitamente influenzati dal peso	
Restrizioni o abbuffate	L'abbuffata è una conseguenza delle regole ferree della dieta

FORMULAZIONE PERSONALIZZATA della PSICOPATOLOGIA DEL DISTURBO ALIMENTARE Fairburn





- **EZIOPATOGENESI MULTIFATTORIALE**
- **STAGING**
- **TRAIETTORIE DI SVILUPPO**





EZIOGENESI MULTIFATTORIALE

FATTORI DI RISCHIO

FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI

- Complicanze parto
- Familiari con DNA o altra psicopatologia
- Celiachia o MICI
- Diabete
- Ovaio policistico
- Disturbi del neurosviluppo (Autismo, ADHD, DI)
- Psicopatologia (DU, DP, Ansia, DOC)
- Obesità
- Patologie endocrine
- Presenza di marker biologici

FATTORI PSICOLOGICI

- Perfezionismo
- Doverizzazione
- Bassa autostima

FATTORI AMBIENTALI

- Diete
- Eventi traumatici
- Maltrattamenti
- Disfunzionalità familiare
- Attività o social che incentivano alla magrezza

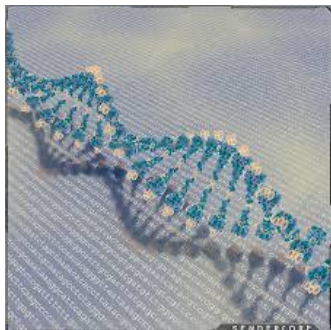
FATTORI PRECIPITANTI

- Eventi stressanti
- Lutti
- Abusi
- Pubertà
- Adolescenza

FATTORI DI MANTENIMENTO

- Magrezza
- Sovrappeso
- Uso di lassativi
- Vomito
- Vantaggi secondari

FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI



- Associazione tra diabete di tipo I, bulimia e binge disorder
- No associazione significativa tra DM1 e AN
- Correlazione tra DM1 e punteggio elevato al test EAT26

Association between type 1 diabetes mellitus and eating disorders: a systematic review and meta-analysis, Dean Y.E. et al, Endocrinology, diabetes & metabolism, 2024; Oe 473

- I comportamenti correlati ai disturbi alimentari, come vomito, uso di lassativi, etc, possono compromettere la funzione GI
- La malnutrizione produce alterazioni della muscolatura GI, elettrolitiche, che a loro volta incidono sulla funzione GI
- Nella celiachia c'è un maggior rischio di sviluppare disturbi alimentari a causa di una maggiore attenzione al cibo fin dall'infanzia, al peso corporeo, alle sensazioni GI, che possono portare a restrizione
- Differente composizione del microbiota tra AN e controlli sani

- Aumento della grelina negli stati di severa malnutrizione
- Resistenza alla grelina dell'AN

The role of ghrelin in anorexia nervosa, Schalla M.A. et al, International journal of molecular sciences, 2018; 17, 2117

Eating disorders and gastrointestinal diseases, Santonicola A. et al, Nutrients, 2019; 11,3038



FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI

> [Nutrients](#). 2023 Jan 6;15(2):295. doi: 10.3390/nu15020295.

Emotional Eating and Binge Eating Disorders and Night Eating Syndrome in Polycystic Ovary Syndrome—A Vicious Circle of Disease: A Systematic Review

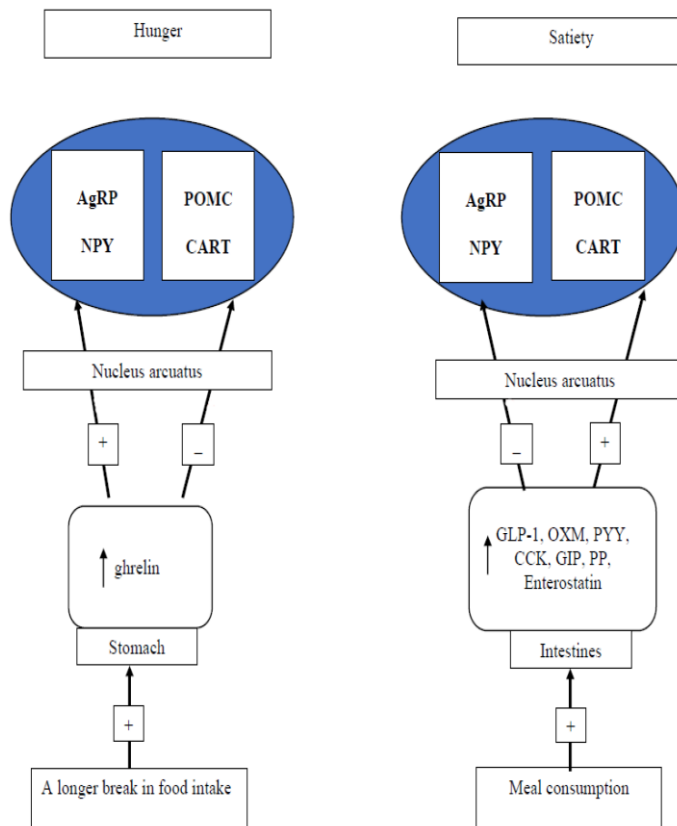
Ewelina Burnatowska ¹, Agnieszka Wikarek ², Paulina Oboza ¹, Natalia Ogarek ²,
Mateusz Glinianowicz ³, Piotr Kocelak ², Magdalena Olszanecka-Glinianowicz ⁴

- EE, BED e NES possono essere la causa principale dello sviluppo dell'obesità e delle sue complicanze ormonali come la PCOS
- EE, BED e NES possono svilupparsi nelle donne con PCOS e causare o esacerbare lo sviluppo dell'obesità e, di conseguenza, i disturbi ormonali.
- La comparsa di EE, BED e NES può essere la causa del fallimento del trattamento dell'obesità nelle donne con PCOS, sia direttamente, che attraverso l'esacerbazione di depressione e/o ansia e, conseguentemente, la comparsa di comportamenti alimentari disfunzionali.

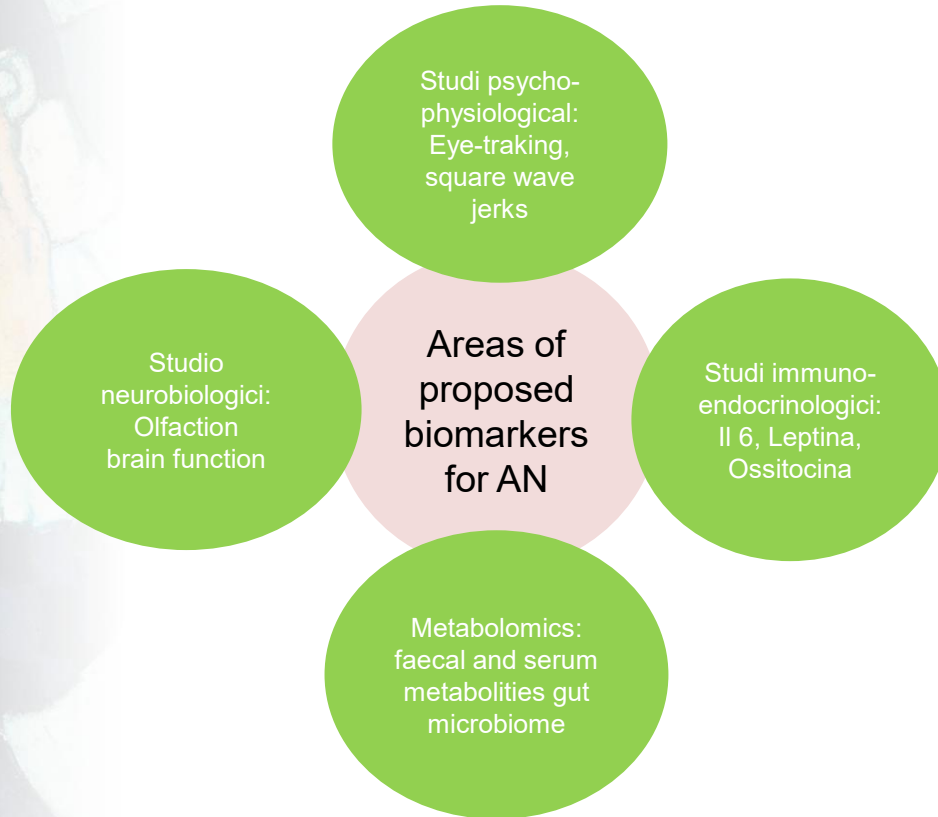
FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI

L'asse cervello-intestino nella regolazione della fame e della sazietà

AgRP: agouti-related peptide;
NPY: neuropeptide Y;
POMC: pro-opiomelanocortin;
CART: cocaine- and amphetamine-regulated transcript;
GLP-1: glucagon-like peptide 1;
OXM: oxyntomodulin;
PYY: peptide tyrosine tyrosine;
CCK: cholecystokinin;
GIP: glucose-dependent insulintropic polypeptide;
PP: pancreatic polypeptide.



FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI



[Review](#) > [J Psychiatr Res.](#) 2021 May;137:303-310.
doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.063. Epub 2021 Mar 6.

Current directions in biomarkers and endophenotypes for anorexia nervosa: A scoping review

Amy Malcolm ¹, Andrea Phillipou ²

Affiliations + expand

PMID: 33735721

DOI: [10.1016/j.jpsychires.2021.02.063](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.063)

FATTORI GENETICO-COSTITUZIONALI

The overlap of disordered **eating**, autism and **ADHD**: future research priorities as identified by adults with lived experience.

Keller J, et al. *Lancet Psychiatry*. 2024. PMID: 39154650 Review.

Neurodivergence, intersectionality, and **eating disorders**: a lived experience-led narrative review.

Cobbaert L, et al. *J Eat Disord*. 2024. PMID: 39568093 Free PMC article. Review.

Review > *J Eat Disord*. 2022 Sep 5;10(1):132. doi: 10.1186/s40337-022-00654-2.

Emotion dysregulation and eating disorder outcome: Prediction, change and contribution of self-image.

Monell E, Clinton D, Birgegård A.

Psychol Psychother. 2022 Sep;95(3):639-655. doi: 10.1111/papt.12391. Epub 2022 Mar 25.

Meta-Analysis > *Psychiatry Clin Neurosci*. 2023 Nov;77(11):583-591. doi: 10.1111/pcn.13582.

Epub 2023 Sep 11.

Association between the COVID-19 pandemic and psychiatric symptoms in people with preexisting obsessive-compulsive, eating, anxiety, and mood disorders: a systematic review and meta-analysis of before-after studies

Emma A van Reekum^{1 2 3}, Julia J Woo¹, Jo-Anne Petropoulos⁴, Zainab Samaan^{1 2}, Lawrence Mbuagbaw²

Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature

Ashlea Hambleton¹, Genevieve Pepin², Anvi Le³, Danielle Maloney^{4 5}, National Eating Disorder Research Consortium; Stephen Touyz^{4 5}, Sarah Maguire^{4 5}

ELSEVIER

Journal of Affective Disorders 86 (2005) 107–127

DISORDERS

www.elsevier.com/locate/jad

Special review

Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations?

Susan L. McElroy^{a,*}, Renu Kotwal^a, Paul E. Keck Jr.^a, Hagop S. Akiskal^b



IL CONCETTO DI STAGING

Il concetto di staging clinico in Psichiatria è stato ben concettualizzato da Patrick McGorry ([McGorry & Hickie, 2019](#)).

Lo staging ci permette di

- andare a cercare, individuare e seguire precursori della psicopatologia, spesso già individuabili con l'anamnesi del neurosviluppo
- identificare le caratteristiche di progressione e cronicità di una malattia
- Identificare la sovrapposizione tra quadri complessi attraverso l'analisi delle comorbidità

STAGING CLINICO E DNA

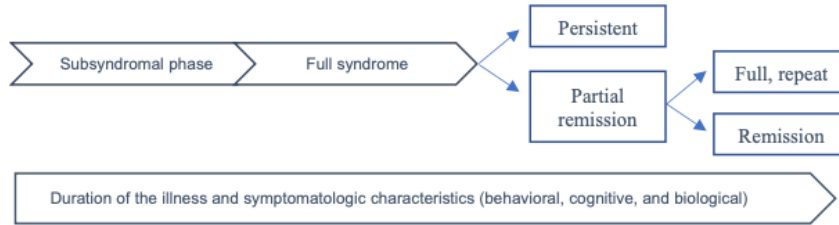


Fig. 4. Steinglass et al., (2020) staging model of AN [57].



Fig. 7. Treasure et al., (2015) staging model of eating disorders (AN, BN and BED) (from [47], p. 179; [49]).

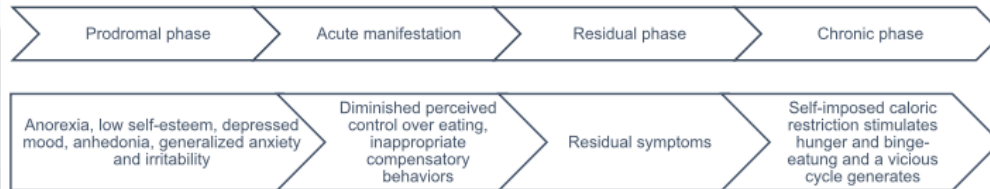


Fig. 5. Cosci and Fava [46] staging model of BN.



STAGING CLINICO E DNA

Ci sono dati che evidenziano come lo stato di gravità del digiuno prolungato e/o malnutrizione, la densità ossea in termini di osteopenia o osteoporosi (Misra 2016), oppure marker di variabilità della frequenza cardiaca (Peyser 2020) sono utili a monitorare gli effetti del digiuno e dell'eventuale grado di recupero ponderale e degli interventi.

Ci sono anche studi che valutano biomarkers che possono essere utili a stadiare l'AN e valutarne la gravità indipendentemente dal grado di digiuno o dalla malnutrizione:

- GABAergic dysfunction (Phillipou 2019)
- Interleukina 6 (Dalton 2018)
- Leptina (Germain 2007)

Subclinical eating disorder traits are correlated with cortical thickness in regions associated with food reward and perception.

Wallace GL, et al. *Brain Imaging Behav.* 2020. PMID: 30617787



STAGING CLINICO E DNA

Severe enduring

I disturbi alimentari gravi e duraturi (SEED) non hanno una definizione universalmente accettata.

I più comuni criteri utilizzati per definirli sono la durata della malattia e il numero di tentativi di trattamento infruttuosi.

- La durata in cui un disturbo alimentare viene classificato come grave e persistente varia nella letteratura, da 3 a 10 anni, con la maggior parte degli studi che utilizza 7 anni o più per classificare i pazienti come affetti da SEED.
- Ciò che è considerato un trattamento infruttuoso varia da uno studio all'altro, con alcuni ricercatori che sostengono che i pazienti debbano aver tentato senza successo almeno due tipi di trattamento (ad esempio, un trattamento per disturbi alimentari basato sull'evidenza, più un qualsiasi tipo di trattamento per disturbi alimentari o qualsiasi trattamento psichiatrico, ecc.).

Altre definizioni includono criteri di gravità, intesa come:

- compromissione in tutti gli ambiti della vita (ad esempio, funzionamento medico, cognitivo, occupazionale e sociale),
- compromissione in una o più di queste aree di funzionamento, ma non in tutte.

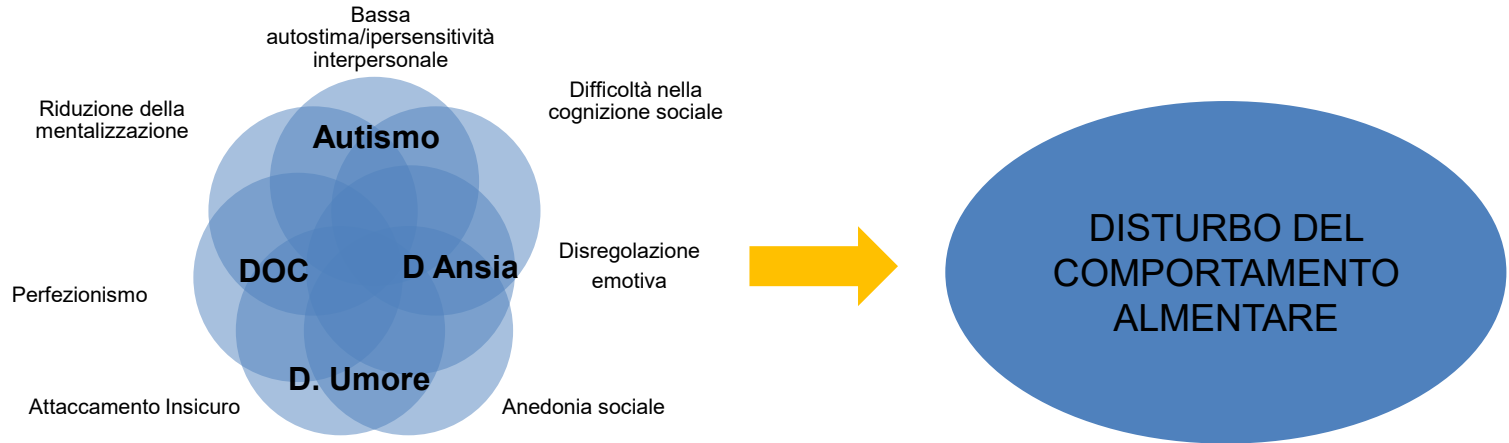


STAGING CLINICO E DNA

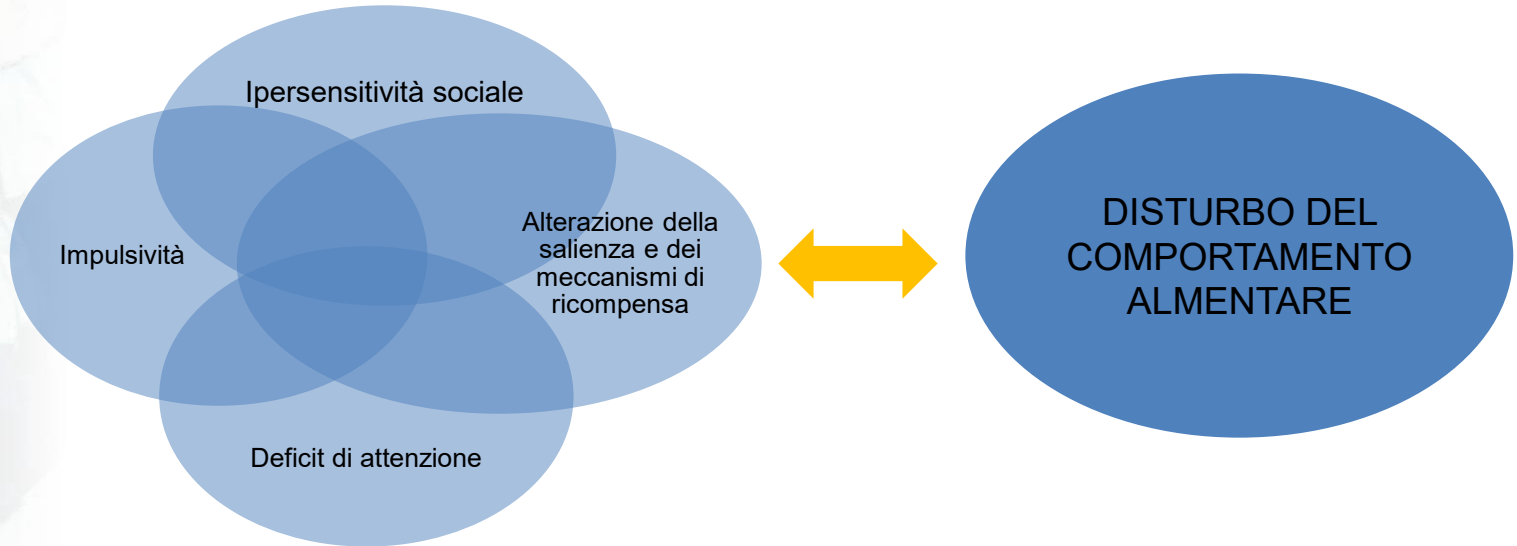
- La compresenza di molteplici potenziali fattori di rischio può essere correlata alla gravità dell' anoressia nervosa, sia dal punto di vista internistico che psichiatrico.
- In particolare, la presenza di quattro o più potenziali fattori di rischio è associata a una forma più grave di anoressia nervosa
- I risultati preliminari potrebbero essere rilevanti per la pratica clinica al fine di orientare le strategie di prevenzione, intercettando precocemente i pazienti a rischio di ospedalizzazione e di malattia grave.
- Ulteriori studi, inclusi studi collaborativi su larga scala e condivisione dei dati, dovrebbero essere pianificati per convalidare le nostre evidenze preliminari.

Predisposing potential risk factors for severe anorexia nervosa in adolescent,
Bozzola E. et al, Nutrients, 2025, 17,21

TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA



TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA



TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA

Inoltre, in età evolutiva è peculiare come la co-presenza di un DNA condizioni non solo l'espressività fenomenologica di un altro disturbo psicopatologico (situazione che si verifica anche nell'età adulta), ma come lo stesso DNA possa condizionare lo sviluppo della personalità del bambino/adolescente (Dreyfuss, 2017, Olivo, 2019, Miles 2020).



TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA

Cluster di «rischio» neurosviluppo	Fenotipo DNA DSM5
Riduzione cognizione sociale, rigidità e sameness	ARFID Basso insight Esordio precoce
Disregolazione emotiva	Binge Disorder, alternarsi abbuffate e restrizioni
Disturbo da deficit di attenzione e iperattività	Bulimia, Binge Disorder

TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA

Cluster di «rischio» psicopatologia	Fenotipo DNA DSM5
Disturbo d'ansia - evitamento	Anoressia Nervosa ARFID Rischio cronicizzazione – severe enduring
Sintomi ossessivo-compulsivi	Anoressia Nervosa Bulimia Rischio cronicizzazione Esordio precoce
Disturbi depressivi	Anoressia Nervosa Sintomatologia stagionale e periodica Anoressia Atipica
Disturbi dello spettro bipolare	Bulimia Nervosa NAS Anoressia Atipica

TRAIETTORIE DI SVILUPPO DEL DNA

Cluster di «rischio» internistici	Fenotipo DNA DSM5
Celiachia – malattie intestinali croniche	Anoressia Nervosa ARFID Rischio cronicizzazione – severe enduring
Diabete	BED Bulimia Rischio cronicizzazione Esordio precoce
Ovaio policistico	Bulimia Sintomatologia stagionale e periodica Anoressia Atipica
Resistenza all'insulina/Obesità	Bulimia Nervosa NAS Anoressia Atipica

DOMANDE



E' possibile individuare criteri trasversali per una diagnosi precoce e di stadio?

E' possibile individuare marcatori di prognosi?

E' possibile delineare fenotipi clinici di disturbo alimentare non solo basati su criteri comportamentali, per personalizzare trattamento e prognosi?



E' possibile individuare criteri trasversali per una diagnosi precoce e di stadio?

- ✓ È importante inserire il comportamento alimentare del bambino all'interno del suo profilo complesso
- ✓ Considerare i fattori rischio

SCOFF Questionnaire

Name:	
Age:	Gender:
Date of Birth:	Date of Assessment:

Instructions: Select the answer that best aligns with your experience related to the question.

	Yes	No
1. Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?	☐	☐
2. Do you worry that you have lost control over how much you eat?	☐	☐
3. Have you recently lost more than one stone (14 lb) in a 3-month period?	☐	☐
4. Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?	☐	☐

Interviste diagnostiche per età evolutiva

EATING QUESTIONNAIRE - EDE-Q6 (Versione bambini e adolescenti 11-17 anni)	
Adattamento italiano a cura* di: Lucilla Boreini ¹ , Taddai Silvia ¹ , Severio Catali ¹ , Simona Calugi ¹ , Giulio Bugli ¹ , Livio Turchi ¹ , Sara Chiari ² , Ilaria Gelli ¹ , Boris Giusti ¹ , Claudia Marino ¹ , Simone Tavarone ¹ , Giovanni Castellini ¹ , Valdo Ricca ¹ , Stefano Lucarelli ¹ , Riccardo Dalle Grave ¹ , Tiziana Piana ³	
*Unità di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Dipartimento Neuroscienze e Genetica Medica, AOUMeyer - IRCCS, Firenze ¹ ; Unità di Epidemiologia del Fattore di Rischio e degli Stili di Vita, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze ² ; Dipartimento Dieteta Alimentari e del Peso, Casa di Cura Villa Garda, Verona ³ ; Centro Dieteta Alimentari, Azienda USL Toscana Centro ⁴ ; Unità di Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze ⁵ ; Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASL Toscana Centro	
Cognome: _____	
Nome: _____	
Data: _____	

Istruzioni. Le seguenti domande riguardano le ultime quattro settimane (28 giorni). Sei pregato di leggere ogni domanda attentamente. Ti preghiamo di rispondere a tutte le domande. Grazie.

Domande da 1 a 12. Metti un cerchio o una crocetta nel numero appropriato sulla destra. Ricordati che le domande si riferiscono solo alle ultime quattro settimane (28 giorni).

Quante volte negli ultimi 28 giorni	Mai	1-5 giorni	6-12 giorni	13-15 giorni	16-22 giorni	23-27 giorni	Ogni giorno
1 Hai cercato deliberatamente di limitare la quantità di cibo che mangiavi per influenzare la forma del tuo corpo o il tuo peso (indipendentemente dal fatto di esserci riuscito/a)?	0	1	2	3	4	5	6
2 Ci sono stati dei lunghi periodi di tempo (8 ore o più durante le ore di veglia) in cui non hai mangiato allo scopo di influenzare la forma del tuo corpo o il tuo peso?	0	1	2	3	4	5	6
3 Hai cercato di escludere dalla tua dieta qualsiasi cibo che ti piaceva allo scopo di influenzare la forma del tuo corpo o il tuo peso (indipendentemente dal fatto di esserci riuscito/a)?	0	1	2	3	4	5	6
4 Hai cercato di seguire regole precise che riguardano la tua alimentazione (per esempio, un limite calorico) al fine di influenzare la forma del tuo corpo o il tuo peso (indipendentemente dal fatto di esserci riuscito/a)?	0	1	2	3	4	5	6

EATING DISORDER EXAMINATION - Edizione 17.0D/C.1

(Versione per bambini e adolescenti 8-17 anni)

Adattato da EDE 17.0D di Rachel Bryant-Waugh

Approvato da Rebecca Murphy, Centre for Research on Eating Disorders, Oxford

Adattamento italiano a cura* di:
Lucilla Boreini¹, Taddai Silvia¹, Severio Catali¹, Simona Calugi¹, Giulio Bugli¹, Livio Turchi¹, Sara Chiari², Ilaria Gelli¹, Boris Giusti¹, Claudia Marino¹, Simone Tavarone¹, Giovanni Castellini¹, Valdo Ricca¹, Stefano Lucarelli¹, Riccardo Dalle Grave¹, Tiziana Piana³
*Unità di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Dipartimento Neuroscienze e Genetica Medica, AOUMeyer - IRCCS, Firenze¹; Unità di Epidemiologia del Fattore di Rischio e degli Stili di Vita, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze²; Dipartimento Dieteta Alimentari e del Peso, Casa di Cura Villa Garda, Verona³; Centro Dieteta Alimentari, Azienda USL Toscana Centro⁴; Unità di Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze⁵; Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ASL Toscana Centro

Questa versione mantiene il format generale dell'EDE 17.0D per adulti (sito: <https://cbric.co/for-professionals/measures/ede>). Le differenze tra la versione per bambini e adolescenti e l'EDE per adulti, includono:

1. La raccomandazione a compilare un diario alimentare prima dell'intervista
2. La forma del linguaggio usato per le domande obbligatorie
3. La struttura delle domande
4. Modifiche nella somministrazione di alcuni item

Qualora l'intervista venga utilizzata per scopi di ricerca, si raccomanda una formazione specifica per somministratori presso il Centre for Research on Eating Disorders, Oxford (e-mail: credenquiries@psych.ox.ac; sito: <https://www.psych.ox.ac.uk/research/crede> e <https://www.cbric.co/>) e per questa edizione presso Dr. Rachel Bryant-Waugh (e-mail: richel.bryant-waugh@slam.nhs.uk).

E' possibile individuare marcatori di prognosi?

- ✓ L'unico marcatore di documentato valore per la prognosi è la risposta precoce ai trattamenti in termini di incremento ponderale o controllo delle condotte abnormi

Glasofer et al. *Journal of Eating Disorders* (2020) 8:69
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00348-7>

Journal of Eating Disorders

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Predictors of illness course and health maintenance following inpatient treatment among patients with anorexia nervosa

Deborah R. Glasofer^{1*}, Alexandra F. Muratore^{1*}, Evelyn Attia^{1,2}, Peng Wu³, Yuanjia Wang³, Hillary Minkoff⁴, Teresa Rufin⁵, B. Timothy Walsh¹ and Joanna E. Steinglass¹



- ✓ Sicuramente il BMI non può essere l'unico e affidabile marker di gravità e staging

Review > *Curr Psychiatry Rep.* 2023 May;25(5):213–222. doi: 10.1007/s11920-023-01416-w.
Epub 2023 Mar 30.

Predictors of Treatment Outcome in Eating Disorders: A Roadmap to Inform Future Research Efforts

Sasha Gorrell¹, Lisa Hall², Erin E Reilly²



E' possibile delineare fenotipi clinici di disturbo alimentare per personalizzare trattamento e prognosi?

- ✓ E' possibile e doveroso studiare il singolo paziente dal primo giorno in termini di neurosviluppo, biomarkers, neuroimmagini, comorbidità psichiatrica e internistica, non accontentandosi soltanto della diagnosi DSM 5



Neuroimaging

Ricerca
biomarkers

Microbiota

Premorbid Childhood
Traits Questionnaire
(Marzola E.)

- *Evitamento*
- *Fobia sociale*
- *Alessitimia*
- *Ossessioni sul cibo*
- *Evitamento del danno*
- *Consapevolezza enterocettiva*

Questionari
psicopatologia
generale

PID 5:

- *Affettività negativa*
- *Distacco*
- *Antagonismo*
- *Disinibizione*
- *Psicoticismo*

Questionari
psicopatologia
specifica

Valutazioni
internistiche
specialistiche



Neuroimaging

- L'ippocampo è una struttura coinvolta nella formazione dei ricordi, nella regolazione emotiva e nell'orientamento spaziale
- Modelli animali di AN (ABA) mostrano come i neuroni ippocampali giochino un ruolo centrale nel fenotipo del disturbo alimentare
- L'ipotalamo è una regione centrale nel controllo del comportamenti alimentare e del bilancio energetico
- Nell'ipotalamo si integro molti segnali: ormonali, metabolici, neurali
- In particolare i nuclei arcuati e paraventricolare ricevono segnali periferici (senso di sazietà, fame, livelli di glucosio)
- L'ipotalamo ha differenze strutturali nei due sessi, che portano ad altrettanto diverse risposte agli stress

Hunger game: a modern battle between stress and appetite, Smith W., Journal of neurochemistry, 2025, 169 oe, 70006

Il 24% dei pazienti (10/41) ha mostrato alterazioni neuroradiologiche (WMH, riduzione dello spessore corticale e del volume dei ventricoli), con una prevalenza significativamente superiore alla popolazione generale (**5,3%**, $\chi^2 = 20.920$, $p < 0.001$), rilevate anche in soggetti normopeso.

Quattro pazienti (9.8%) hanno riportato alterazioni clinicamente significative, percentuale sovrapponibile a quanto riscontrato nei primi episodi psicotici (5.9%). Non sono emerse differenze significative tra AN e BN, ma nei due pazienti maschi si è evidenziata una maggiore severità delle alterazioni.

La MRI potrebbe rappresentare uno strumento utile per caratterizzare in maniera in modo più accurato i disturbi dell'alimentazione, anche in fase precoce. La maggiore prevalenza di anomalie strutturali cerebrali indipendentemente dal BMI, suggerisce una componente neurobiologica sottostante che merita ulteriore esplorazione. In analogia con le linee guida NICE per la psicosi, che raccomandano la MRI quando le alterazioni clinicamente significative superano il 6%, i nostri dati (9.8%) supportano l'indicazione della MRI almeno nei pazienti con AN grave. Studi futuri su coorti più ampie e con follow-up più estesi potranno chiarire il ruolo predittivo delle alterazioni cerebrali.

An artistic, painterly illustration of a woman's face and hand. She has dark hair and is looking down with her hand near her face. The style is expressive with visible brushstrokes and a muted color palette of blues, greys, and earthy tones.

Trattamento personalizzato dei disturbi alimentari

- ✓ Trattamento multidisciplinare e precoce
- ✓ Livelli di cura in base alla gravità internistica e psicopatologica
- ✓ Recupero ponderale con attenzione alla sindrome da re-feeding
- ✓ Presidi nutrizionali
- ✓ Lavoro psicologico motivazionale
- ✓ Supporto psicoeducativo alla famiglia
- ✓ Lavoro psicologico sui sintomi core

Trattamento personalizzato dei disturbi alimentari

Trattamenti psicologici evidence-based

(NICE guideline May 2017 – NG69)

	Bulimia Nervosa	Binge Eating Disorder	Anoressia Nervosa	OSFED
Adulti	GSH Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	CBT-E o “Mantra” o SSCM Se inefficace FPT	Trattamento del DA che più gli assomiglia
Adolescenti	FT-BN Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	FT-AN Se inefficace CBT-ED o ANFT	Trattamento del DA che più gli assomiglia

AFP-AN = Adolescent- Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa; CBT-ED = Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders; GSH = Guided Self-Help; FPT= Focal psychodynamic therapy; MANTRA = Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; OSFED = other specified feeding and eating disorders; SSCN = Specialist Supportive Clinical Management

Trattamento personalizzato dei disturbi alimentari



Presente	Futuro**
CBTEA, FBT, SSCN	Biological diagnostics Precision markers Drug
No specific drug Olanzapina Fluoxetina	Neuromodulation Intermittent theta burst stimulation
*La CBT mostra maggiore efficacia se l'EDE indica psicopatologia specifica grave, la BDI elevata depressione, se presente ANBP o età maggiore	Pharmacological treatment Olanzapina Mettreleptina Ketamina Psilocybin Inibitori citochine
Drug or psychotherapy for co-morbidity	Microbioma Lattobacilli Probiotici

*Predictors and moderators of outcome for severe enduring anorexia nervosa, Le Grange D., Behavior research and therapy, 2014, 56:91-98

**Editorial: biological therapy and eating disorders, Himmerich H., European eating disorders review, 2025, 33:619-625



CASO CLINICO

Margherita, 11 anni. Genitori presenti. Madre con riferito disturbo misto d'ansia in trattamento farmacologico. Sviluppo regolare. Iniziata la I media con ottimo rendimento. Pratica ciclismo 3 v/settimana nei mesi caldi ed atletica 3 v/settimana in inverno.

Menarca agosto 2024, unica mestruazione. Dieta varia, regolare, fino a settembre 2024.

Da settembre 2024 perdita di 12 Kg, associata ad astenia e apatia, con iporessia e riferita sensazione di ripienezza gastrica precoce.

A novembre-dicembre epigastralgia con alvo diarroico.

Eseguiti esami per celiachia, ricerca HP e altre infezioni tratto gastro-intestinale: negativi.

Viene diagnosticato un deficit assoluto di IgA.

A novembre 2024 effettua valutazione neuropsichiatrica, da cui emergono sintomi d'ansia generalizzata, ansia da malattia e temperamento connotato da ipercontrollo, con aspetti di adultizzazione. Assenza di preoccupazione per peso e cibo. Per la persistenza della restrizione alimentare viene inviata al centro di riferimento del territorio, dove viene diagnosticato un disturbo d'ansia e viene avviata una presa in carico con supporto dietetico e psicologico.



CASO CLINICO

Nei mesi successivi si alternano periodi di benessere ad altri di alterazione dell'alvo. La riduzione dell'introito calorico rimane stabile, il peso non scende.

In data 17/6/2025 effettua controllo immunologico e, per lo stato di grave sottopeso, viene ricoverata presso un reparto di pediatria internistica. Vengono effettuati accertamenti gastroenterologici (anche EGDS) e viene dimessa con diagnosi di sospetto disturbo del comportamento alimentare e reinviata al territorio.

Nessuna terapia farmacologica.

A settembre 2025 giunge al Pronto Soccorso per ulteriore riduzione dell'introito calorico, episodi non quotidiani di vomito e cefalea.

Visita neuropsichiatrica: sofferente, ma lucida e collaborante. Descrive in modo preciso i suoi sintomi; assente preoccupazione per il peso e per le forme corporee. Si conferma un temperamento connotato da ipercontrollo, con ansia generalizzata e da malattia. Il vomito avviene lontano dai pasti. Esame neurologico negativo; accenno al clono achilleo bilateralmente.

CASO CLINICO

Esami ematici nella norma

Visita cardiologica: bradicardia sinusale compatibile con la malnutrizione

FFOO: nella norma

Viene dimessa con diagnosi di cefalea e vomito in bambina con disturbo d'ansia e programmate visita gastroenterologica e RMN encefalo, a completamento, dopo una settimana

Tornata a casa la cefalea passa e riprende ad alimentarsi, sempre in quantità ridotte, ma senza vomito

RMN encefalo: voluminosa formazione espansiva temporale destra, associata ad edema perilesionale e shift delle strutture sulla linea mediana.



CASO CLINICO B

Elisa, 13 anni. Genitori presenti. Anamnesi familiare negativa per disturbi psichiatrici. Sospesa la scuola da una settimana. Interrotta da tre mesi ginnastica ritmica.

Giunge al Dipartimento di Emergenza per digiuno da 24 ore e self-cutting con ideazione suicidaria. Seguita presso il servizio npi del territorio da circa un anno con diagnosi di «disturbo misto dell'umore». In trattamento farmacologico con Aripiprazolo e appena inseriti Sali di Litio.

Alla visita in DEA pianto angosciato, vissuti di inaiutabilità, idee di morte sempre più presenti, con il desiderio di porre fine alla sofferenza, senza deterrenti. Segni molto modesti di self-cutting al polso sinistro. BMI 75° p.ile.

In anamnesi, neurosviluppo caratterizzato da aspetti anancastici, standard severi, perfezionismo a scuola e a ginnastica. All'età di 10 anni, disturbo del comportamento alimentare tipo Anoressia Nervosa con restrizioni di entità severa, che ha necessitato di ospedalizzazione e successiva presa in carico territoriale, in remissione da circa un anno.



IL NOSTRO GRUPPO DNA

Lucilla Bonvini, *neuropsichiatra infantile*
Elena Cambi, *psichiatra*
Giulia De Magistris, *infermiera*
Francesca Galeotti, *infermiera*
Francesca Monzali, *dietista*
Monica Nannipieri, *educatrice*
Laura Perugini, *infermiera*
Chiara Roma, *dietista*
Elena Roselli, *dietista*
Linda Simeoni, *infermiera*
Silvia Taddei, *psicologa*

Tiziana Pisano,
Responsabile SOSD

Bernardo Bozza,
Annalisa Cordone,
Elisabetta Innocenti,
medici ricovero ordinario



GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE

