

800
1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**ORTORESSIA NERVOSA. ANALISI DELLA LETTERATURA
E DEI CRITERI PER UNA DEFINIZIONE DIAGNOSTICA**

**RELATORE: PROF. SSA TATJANA BALDOVIN
CORRELATORE: DOTT.SSA IRENE AMORUSO**

LAUREANDA: FRANCESCA LUCIETTO

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

800
1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**ORTORESSIA NERVOSA. ANALISI DELLA LETTERATURA
E DEI CRITERI PER UNA DEFINIZIONE DIAGNOSTICA**

**RELATORE: PROF. SSA TATJANA BALDOVIN
CORRELATORE: DOTT.SSA IRENE AMORUSO**

LAUREANDA: FRANCESCA LUCIETTO

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

INDICE

ABSTRACT	1
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	3
1.1 Definizione di alimentazione sana, congrua ed equilibrata	3
1.2 I Disturbi del Comportamento Alimentare	5
1.3 Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	7
1.4 Trattamento dei DCA	8
1.5 Anoressia Nervosa.....	10
1.6 Bulimia Nervosa.....	12
1.7 Disturbo da Alimentazione Incontrollata.....	13
1.8 Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo	14
1.9 Disturbo da Ruminazione o Mericismo	15
1.10 Allotriofagia o Pica	16
1.11 Ortoressia Nervosa	16
CAPITOLO 2 – SCOPO DELLA TESI.....	19
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI.....	21
3.1 Quesiti di ricerca	21
3.2 Strategia P.I.C.O	21
3.3 Fonti di ricerca e query.....	22
3.4 Criteri di inclusione ed esclusione	23
3.5 PRISMA Flow diagram.....	24
CAPITOLO 4 – RISULTATI.....	25
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE	29
5.1 ON: risultati per anni.....	29
5.2 Criteri diagnostici.....	31
5.3 Orthorexia Nervosa Task Force (ON-TF)	32
5.4 Fattori di rischio e popolazione suscettibile	33
5.5 Differenze e caratteristiche comuni tra ON, DCA o DOC.....	36
5.6 Strumenti diagnostici.....	39
5.6.1 Orthorexia Self-Test (BOT)	40
5.6.2 ORTO-15.....	40
5.6.3 ORTO-R: una revisione di ORTO-15.....	41
5.6.4 Eating Habits Questionnaire (EHQ)	42

5.6.5 Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS)	43
5.6.6 Teruel Orthorexia Scale (TOS)	44
5.6.7 Barcelona Orthorexia Scale (BOS).....	44
5.6.8 Orthorexia Nervosa Inventory (ONI)	44
5.7 Competenze dell'Assistente Sanitario nell'ambito della Prevenzione, Promozione ed Educazione Alimentare	45
5.7.1. Profilo Professionale dell'Assistente Sanitario	45
5.7.2. Piramide dei Bisogni di Maslow	46
5.7.3. Ruolo dell'Assistente Sanitario nella predisposizione di programmi e attività di prevenzione dei DCA e dell'ON in settings specifici	47
CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	57
SITOGRAFIA.....	59
ELENCO GRAFICI	61
ELENCO TABELLE.....	61
ELENCO FIGURE.....	61
ALLEGATI.....	63

ABSTRACT

Introduzione: i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono caratterizzati da un'alterazione persistente del rapporto alimentare o correlato al cibo, che si traduce in un consumo o assorbimento alterato dei nutrienti, tale da compromettere in modo significativo la salute e il funzionamento psicosociale. L'ON è un disturbo alimentare emergente, non ancora ufficialmente codificato. Il termine ON descrive persone la cui attenzione patologica per le diete "sane" porta a malnutrizione e menomazione della salute. Le persone affette da ON escludono gli alimenti che considerano malsani, sviluppando un'ossessione per le fonti di cibo, i metodi utilizzati nella produzione e coltivazione dei prodotti agricoli e i dati riportati sulle etichette degli alimenti.

L'ON suscita un interesse crescente, nonostante al momento non esista una definizione universalmente condivisa. Il presente elaborato di tesi si propone di passare in rassegna i criteri diagnostici proposti e gli strumenti psicometrici utilizzati in letteratura, discutendone limiti e prospettive.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione di banche dati internazionali (PubMed) utilizzando il PRISMA Statement per la selezione degli studi, inclusi dal 2004 all'Ottobre del 2022. Gli argomenti estrapolati da tali studi sono: i criteri diagnostici; i fattori di rischio e la popolazione suscettibile; le similitudini e le differenze presenti tra ON, altri DCA e disturbo ossessivo-compulsivo; gli strumenti diagnostici disponibili.

Risultati: la ricerca in PubMed ha individuato 305 pubblicazioni e, tra queste ne sono state selezionate 9 per elaborare la presente revisione. I criteri diagnostici proposti non sono universalmente condivisi, la popolazione a rischio riguarda i giovani adulti, l'ON sembra un disturbo appartenente alla categorizzazione dei DCA e gli strumenti diagnostici disponibili presentano dei limiti.

Discussione e Conclusioni: la revisione dell'ORTO-15 con ORTO-R ha portato delle migliorie al questionario, tuttavia non esiste ad oggi uno strumento utilizzato come Gold Standard per la diagnosi di ON. Il campo della prevenzione dei DCA e dell'ON rappresentano senza dubbio una sfida stimolante e complessa per la figura dell'Assistente Sanitario, il quale inserisce i programmi di prevenzione ed educazione dei DCA ed ON in settings specifici: la Scuola e il Consultorio Familiare.

Parole chiave: ON, disturbi alimentari, ORTO-15, ORTO-R

Keywords: Orthorexia Nervosa, eating disorders, ORTO-15, ORTO-R

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Definizione di alimentazione sana, congrua ed equilibrata

L'alimentazione sana, congrua ed equilibrata è uno dei fattori più importanti per la tutela della salute e per il benessere psico-fisico della persona. Un'alimentazione è congrua quando è in grado di soddisfare i bisogni calorici dell'organismo, con un apporto di calorie che non sia né in eccesso né in difetto rispetto all'impegno energetico del singolo individuo.

Un'alimentazione è equilibrata quando fornisce tutti i nutrienti nella giusta proporzione per il soddisfacimento del ricambio metabolico.

Nello specifico, l'alimentazione deve principalmente assicurare un apporto di calorie sufficienti a coprire il dispendio energetico dell'organismo, nei tre componenti principali riguardanti il metabolismo basale, la termogenesi indotta dalla dieta e la termogenesi indotta dall'attività fisica. La razione energetica totale giornaliera deve essere correttamente suddivisa tra carboidrati, proteine e grassi e devono essere assicurate quantità adeguate di vitamine, sali minerali, fibre indigeribili e acqua.

In particolare, secondo la dieta mediterranea, i carboidrati devono coprire circa il 50-55% dell'energia totale giornaliera (il 10% di questa è fornita da zuccheri semplici ossia saccarosio, fruttosio e lattosio), le proteine coprono più o meno il 15% e infine i grassi il 30-35%.¹

L'equilibrio tra i vari nutrienti si ottiene con il consumo variato dei vari alimenti e, in quest'ottica, la Piramide alimentare è un ottimo riferimento a cui ricorrere per la scelta degli alimenti, in quanto è l'unico ausilio riconosciuto per veicolare la scelta in funzione sia dei bisogni nutrizionali, sia della promozione della salute e della riduzione del rischio di malattie cronico-degenerative. La Piramide alimentare è un grafico ideato dal Dipartimento Statunitense dell'Agricoltura (USDA) nel 1992: deve essere interpretata come un insieme di indicazioni volte ad organizzare la propria alimentazione e non deve essere considerata come uno schema alimentare con finalità dimagranti.

La piramide è suddivisa orizzontalmente, dalla base verso il vertice, in diversi settori dove ciascuno dei quali contiene vari tipi di alimenti; inoltre le dimensioni del settore sono

¹ Barbuti S., Fara G.M., Giammanco G., *Igiene e Medicina Preventiva Sanità Pubblica*, Napoli, EdiSES, 2014.

indicative della frequenza/quantità con cui quest'ultimi dovrebbero essere consumati per un'alimentazione congrua ed equilibrata.

Nella Piramide ispirata alla dieta mediterranea moderna, oltre alla riduzione, dalla base al vertice, della qualità e del numero delle porzioni giornaliere, è posta in evidenza l'importanza dell'attività fisica, dei prodotti locali, della loro stagionalità e della convivialità.

Per una corretta lettura del significato delle indicazioni derivabili dalla piramide è necessario tenere presenti i seguenti principi:

- tutti i gruppi alimentari sono importanti al fine di un'alimentazione congrua ed equilibrata;
- dalla base al vertice, diminuiscono solo la frequenza delle scelte o le porzioni;
- nell'ambito di ogni singolo gruppo è opportuno alternare le scelte.²

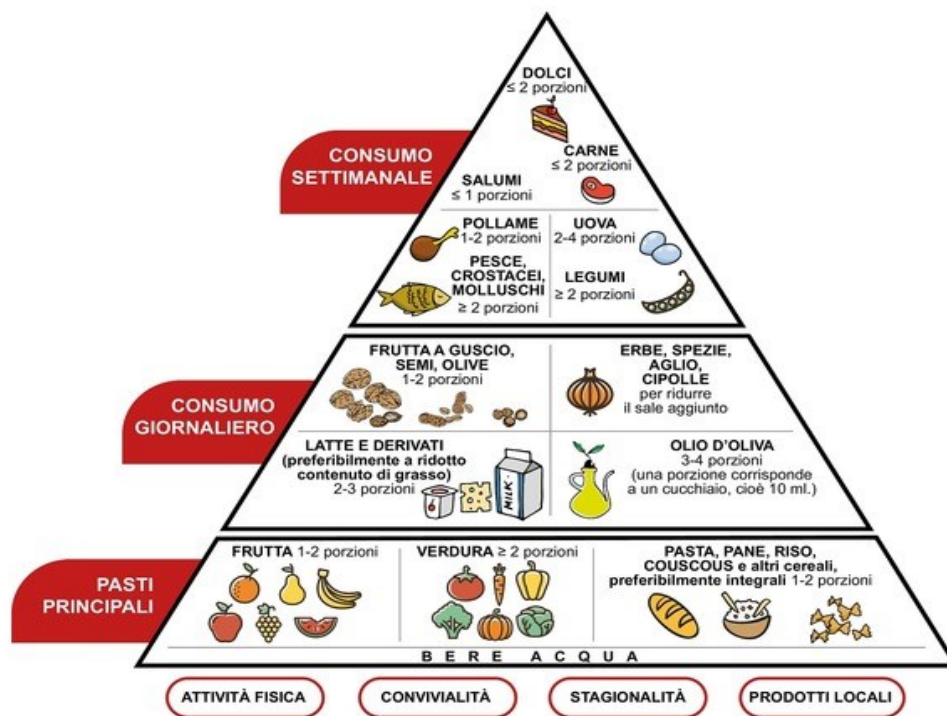


Figura 1: Piramide alimentare ispirata alla dieta mediterranea³

² Piramide alimentare, tratto da <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare#la-piramide-alimentare-italiana>.

³ Piramide alimentare ispirata alla dieta mediterranea, tratta da <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/alimentazione/dieta-mediterranea-una-piramide-di-salute>.

1.2 I Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) o Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione sono patologie mentali invalidanti che compromettono notevolmente lo stato di salute fisica e il funzionamento psicosociale di una persona.

I DCA sono patologie complesse caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso con un'alterata percezione dell'immagine corporea.

Le persone che soffrono di DCA presentano spesso bassi livelli di autostima e comorbidità psichiatriche. Le comorbidità psichiatriche più comuni includono disturbi dell'umore e disturbi d'ansia, disturbi dello sviluppo neurologico, disturbi da uso di alcol-sostanze e disturbi della personalità.

I DCA, con una prevalenza generale del 5% sulla popolazione italiana⁴, sono un problema di sanità pubblica di crescente rilevanza e oggetto di attenzione sanitaria e sociale sul piano mediatico e scientifico per la loro diffusione, per l'esordio sempre più precoce tra le fasce più giovani della popolazione e per l'eziologia multifattoriale complessa.⁵

È significativo evidenziare il ruolo della società e della cultura nell'origine dei DCA, la cui prevalenza maggiore si riscontra nei paesi industrializzati dove vi è più facilità e disponibilità ad acquistare cibo e l'ideale di magrezza rappresenta uno status e un valore da conseguire.

Tuttavia la società "liquida" dell'oggi, come l'ha definita il sociologo *Zygmunt Bauman*, ha comportato un notevole disagio all'interno della prima istituzione sociale che è rappresentata dalla famiglia, con notevole impatto nella modificazione del sistema dei valori. Da qui scaturisce un contesto culturale che privilegia e valorizza l'apparenza, l'egoismo, il narcisismo e il culto del sé, per cui il corpo esibito diventa il mezzo privilegiato dell'immagine e della rappresentazione di se stessi.

In particolare, l'insorgenza sempre più precoce rappresenta una minaccia poiché interferisce con un sano processo evolutivo sia biologico sia psicologico, con conseguenze molto serie sul corpo e sulla mente. L'esordio precoce di un DCA può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti e

⁴ Prevalenza DCA sulla popolazione italiana. Tratto da https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministro&id=5804.

⁵ Treasure J., Duarte T.A., Schmidt U., *Eating disorders*, Vol 395, The Lancet, 2020.

organi che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale.

I DCA insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile, anche se è importante ribadire che la presentazione dei disturbi alimentari può variare in funzione del genere. Negli uomini, ad esempio, le preoccupazioni relative all'immagine corporea si tradurrebbero principalmente sull'incremento di muscolatura, mentre nelle donne si focalizzerebbero maggiormente sulla perdita di peso.

Secondo alcuni studiosi, questa differenza tra i sessi è riconducibile a fattori principalmente socio-culturali. Il ruolo della donna nel corso dei secoli ha subito dei cambiamenti e, nella società odierna, è soggetta a stereotipi quali l'esigenza pressante di ottenere affermazione in ambito lavorativo e sociale, assomigliare il più possibile ai canoni di bellezza determinati dai mass-media e dal consumismo. L'insorgenza dei DCA nella popolazione femminile, in particolare dell'Anoressia Nervosa, sarebbe inteso come un rifiuto di codesto ruolo e come atto di "ribellione" ai canoni socio-culturali vigenti.⁶

I DCA sono classificati dal Manuale Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) dell'*American Psychiatric Association* e dall'*International Classification of Diseases* (ICD-11); entrambi riconoscono e comprendono sei categorie diagnostiche principali:

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*-BED)
- Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo
- Disturbo da Ruminazione o Mericismo
- Pica

Sono descritte nel DSM-V e nell'ICD-11 anche due ulteriori categorie, oltre alle sei categorie diagnostiche principali di Disturbi dell'Alimentazione. Le due categorie residue descrivono sindromi parziali o sottosoglia e altre forme di rapporto problematico con il cibo:

- Altro Disturbo della Nutrizione o dell'Alimentazione Specificato (*Other Specified Feeding or Eating Disorder*). I casi più comuni riguardano forme incomplete o sottosoglia di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Disturbo con Condotte di Eliminazione (*Purging Disorder*), Sindrome del Mangiare di Notte (*Night Eating Syndrome*).

⁶ Perché si sviluppano i DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/perche-si-sviluppano-i-dca/>.

- Disturbo della Nutrizione o dell'Alimentazione Non Specificato (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*). Questa categoria diagnostica si utilizza quando il clinico vuole segnalare la presenza di un Disturbo del Comportamento Alimentare ma non ne specifica le caratteristiche, può avvenire per mancanza di informazioni sufficienti come in caso di ricovero in pronto soccorso.⁷

1.3 Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Nel Febbraio 2022 si è conclusa la prima *survey* epidemiologica a livello nazionale sui DCA, obiettivo del progetto “Piattaforma per il contrasto alla malnutrizione in tutte le sue forme (triplo *burden*: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)”, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) 2018.

Tappa fondamentale di questo progetto risale al primo Aprile del 2016 quando l'Assemblea delle Nazioni Unite ha redatto la Risoluzione ONU A/RES/70/25, recante “Decade di azione sulla nutrizione 2016-2025”, con l'obiettivo di promuovere azioni finalizzate ad eliminare la fame e la malnutrizione a livello mondiale e ad assicurare l'accesso universale a regimi più sani e sostenibili per tutte le popolazioni. Questa Risoluzione invitava gli Stati ad intraprendere specifiche azioni volte al contrasto del “triplo *burden*”, auspicando l'adozione di un approccio multidisciplinare che coinvolgesse tutti i soggetti interessati (*multistakeholders*).

Da qui la necessità di prevedere l'istituzione di una Piattaforma dedicata a mirati interventi multisettoriali per la prevenzione ed il contrasto alla malnutrizione, partendo da *survey* nazionali in ambito di “malnutrizione e triplo *burden*” (ossia deficit di micro nutrienti, malnutrizione per difetto e per eccesso), e la diffusione di linee di indirizzo ad hoc per rendere omogenea la promozione della salute sull'intero territorio nazionale, con impatto anche a livello internazionale.

In Italia stiamo assistendo ad un aumento dei DCA, si stima che coinvolgono approssimativamente tre milioni di persone.

L'obiettivo di questa *survey* è stato quello di raccogliere dati epidemiologici certi sui DCA per affrontare la carenza di letteratura scientifica nazionale a riguardo.

Avere a disposizione dati epidemiologici aggiornati rappresenta un'importante base da cui partire per poter adeguare l'offerta assistenziale, rendendo meno gravoso l'impatto socio-

⁷ DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/>.

economico che tali patologie hanno a breve e a lungo termine sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Di seguito vengono riportati i risultati più significativi per lo scopo di questo elaborato, in particolare sull'Anoressia Nervosa per le similitudini che essa presenta con l'ON, argomento oggetto di studio.

Si è osservato che il trend di ricovero per i DCA in Italia negli anni 2014-2018 ha presentato un andamento costante nel tempo, inoltre si è assistito ad un moderato calo dell'età mediana e della proporzione di ricoveri di sesso femminile rispetto a quelli maschili.

La prevalenza di ricoveri è ancora rappresentata per l'Anoressia Nervosa, essa rappresenta anche la diagnosi principale, in quanto più a rischio di acuzie e necessità di ricovero ospedaliero.

Si è notato che il tasso di ospedalizzazione nella popolazione maschile è più alto nelle fasce d'età più giovani (10 e 10-14 anni) rispetto alle femmine e segue un andamento decrescente (all'aumentare dell'età 10 e 10-14 anni dei maschi vi sono meno ricoveri), mentre nella popolazione femminile il tasso è più alto nella fascia 15-19 anni e segue una distribuzione normale.

A differenza dei ricoveri ospedalieri, dove si rileva un tasso di ricovero maggiore per la diagnosi di Anoressia Nervosa, nel caso degli accessi al pronto soccorso le diagnosi prevalenti sono: "Altri Disturbi dell'alimentazione" e "Disturbo dell'Alimentazione, non specificato".

Il tasso di mortalità per i DCA ha subito un andamento decrescente nel tempo, la prevalenza di decessi è rappresentata per l'Anoressia Nervosa.

I fattori di rischio di una morte precoce per i DCA risultano essere: una diagnosi di Anoressia Nervosa, la cronicità del disturbo e una più tarda età d'esordio.⁸

1.4 Trattamento dei DCA

Per quanto concerne il trattamento dei DCA, l'approccio più efficace è quello multidisciplinare e integrato, poiché questi sono disturbi psichiatrici che presentano importanti manifestazioni psicopatologiche ed un'alta frequenza di complicanze mediche. È quindi necessaria una collaborazione tra le diverse figure professionali che si occupino in modo integrato di questi diversi aspetti.

⁸ Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione tratto https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5804.

Il trattamento più idoneo va scelto attraverso la *compliance* tra paziente e terapeuta di fiducia dopo un'approfondita valutazione diagnostica. I fattori da considerare sono molteplici tra cui il tipo di disturbo, la condizione fisica, la presenza di complicanze, la durata della malattia, l'età, le aspettative del paziente, le caratteristiche di personalità, le esperienze terapeutiche precedenti, la disponibilità di terapeuti e strutture adeguate vicino alla residenza.

Le tappe fondamentali del trattamento nei DCA sono riassunte dalle linee guida dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2012):

- Diagnosticare e trattare le complicanze mediche.
- Incrementare la motivazione e la collaborazione al trattamento.
- Aumentare il peso corporeo (nell'Anoressia Nervosa).
- Ristabilire un'alimentazione adeguata.
- Curare gli aspetti sintomatologici (dieta, digiuno, vomito, abuso di lassativi, diuretici, iperattività).
- Correggere i pensieri e gli atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso.
- Trattare i disturbi psichiatrici associati al disturbo dell'alimentazione.
- Potenziare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari.
- Aumentare il livello di autostima.
- Prevenire le ricadute.

Il trattamento dei DCA può essere svolto a seconda del caso, con procedure più o meno intensive. È importante considerare che l'intervento più efficace è quello che interferisce meno con la vita sociale del paziente. Il trattamento ambulatoriale si ritiene la prima scelta di cura, ad eccezione nel momento in cui si è in presenza di casi molto acuti o in quelli dove quest'ultimo non ha funzionato per cui si prende in considerazione una terapia più intensiva, come la cura semi-residenziale in day-hospital o il trattamento residenziale.

È auspicabile un ricovero in regime ospedaliero quando si deve curare e scongiurare il pericolo di gravi complicanze, considerando che non è risolutivo a ristabilire un peso corporeo adeguato, per questo in genere si tratta di ricoveri brevi di circa 2/3 settimane.

La scelta di svolgere un programma terapeutico in regime di ricovero in strutture ospedaliere o in strutture specialistiche a carattere riabilitativo ricade quando sono presenti i seguenti criteri:

- Grave o rapida perdita di peso.
- Complicanze mediche.
- Frequenza elevata di crisi bulimiche, vomito ed uso improprio di farmaci.

- Multi-impulsività, comportamenti autolesionistici, elevato rischio suicidario.
- Elevata comorbidità psichiatrica.
- Elevata conflittualità o scarso sostegno familiare.
- Mancata risposta al trattamento ambulatoriale.
- Lunga durata di malattia e fallimento di precedenti trattamenti.⁹

1.5 Anoressia Nervosa

Il termine anoressia deriva dal greco *an-* privativo e *òrexis-* appetito e significa “assenza o marcata riduzione dell’appetito”. L’aggettivo “nervosa” individua la natura funzionale, non organica dell’anoressia per distinguerla dalle forme di inappetenza o di rifiuto del cibo prodotte da altre malattie.¹⁰

Il DSM-V classifica l’Anoressia Nervosa (AN) all’interno dei Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione ed ha introdotto cambiamenti importanti nei criteri diagnostici di questa patologia.

Questi cambiamenti riguardano:

- L’abolizione del criterio dell’amenorrea previsto dal DSM-IV poiché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa, premenarcali e in quelle che assumono estroprogestinici e per il fatto che alcune persone, nonostante presentino tutti gli altri segni dell’AN, continuano a mestruare.
- Il criterio A, riguardante il peso. Mentre il DSM-IV richiedeva inferiore all’85%, rispetto a quanto previsto (IMC < 17,5) oppure l’incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, il DSM-V individua un peso significativamente basso inferiore al minimo normale (ossia IMC < 18,5) o per i bambini e gli adolescenti inferiore a quello minimo atteso (ossia < 5° percentile).
- È stata eliminata la frase “rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o uguale al peso minimo normale per l’età e la statura” poiché richiedeva l’intenzione del paziente e la difficoltà di valutarla in modo oggettivo.

I criteri diagnostici attualmente individuati dal DSM-V per l’AN sono, quindi, i seguenti:

⁹ Come si curano i DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/come-si-curano-i-dca/>.

¹⁰ Anoressia Nervosa, tratto da <https://www.stateofmind.it/anoressia-nervosa>.

1. Restrizione dell'apporto energetico relativo al bisogno, che induce un significativo basso peso relativamente all'età, al sesso, all'evoluzione dello sviluppo e della salute fisica. Un significativo basso peso è inteso come un peso minore del minimo normale o minore del minimo atteso.
2. Intensa paura di aumentare di peso o d'ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, nonostante si è già in presenza di un peso significativamente basso.
3. Anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo; inappropriata influenza del peso e della forma del corpo sulla propria autostima, o persistente perdita della capacità di valutare la gravità dell'attuale perdita di peso.

Secondo il DSM-V si possono distinguere due sottotipi di questo disturbo:

- tipo restrittivo: nel corso degli ultimi tre mesi la perdita di peso è ottenuta attraverso una dieta ferrea, il digiuno e/o l'eccessiva attività fisica senza ricorrenza ad episodi di abbuffate o condotte di eliminazione.

- tipo bulimico/purgativo: quando durante gli ultimi tre mesi alle condotte di restrizione dell'assunzione di cibo, si presentano episodi di abbuffate (abnorme ingestione di cibo in un tempo ridotto e dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio) alternate a condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso eccessivo di lassativi o diuretici).

Si è in presenza di remissione parziale quando, successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'AN, il criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

Si ha remissione completa quando, successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'AN, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Il DSM-V definisce, per l'AN, alcuni indici di gravità sulla base dell'intensità dei sintomi presentati.

Il criterio è rappresentato dal valore dell'Indice di Massa Corporea ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$), per cui si evidenziano quattro livelli di gravità:

- Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Moderato: $IMC 16-16,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg}/\text{m}^2$

- Estremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

L'incidenza dell'AN è stimata per il sesso femminile in almeno 8 casi per 100.000 persone in un anno, e fra lo 0.02 e 1.4 di nuovi casi nel sesso maschile.¹¹

1.6 Bulimia Nervosa

La Bulimia Nervosa (BN) è un DCA ed è caratterizzata da frequenti e ricorrenti episodi di abbuffate a cui seguono comportamenti compensatori volti a prevenire l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e di clisteri, esercizio fisico intenso). Questa patologia è difficile da riconoscere in quanto spesso le persone che ne sono affette presentano un peso corporeo nella norma. I criteri diagnostici per la BN identificati dal DSM-V sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. L'abbuffata è caratterizzata dai seguenti aspetti:

a) Mangiare in un periodo di tempo definito (ad esempio, 2 ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

b) Sensazione di perdita di controllo durante l'episodio (sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).

2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o di altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.

3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.

4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo.

5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di AN.

Si parla di remissione parziale per questo DCA quando, successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la BN, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

La remissione completa è successiva alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la BN, quando nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

¹¹ Anoressia Nervosa e criteri diagnostici DSM-V, tratto da

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=4>.

Il DSM-V per la BN si evidenzia quattro livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di inappropriate condotte compensatorie per settimana (n°/settimana):

- Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Estremo: una media > di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

L'incidenza della BN è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere maschile.¹²

1.7 Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata detto anche *Binge Eating Disorder* (BED), rientra tra i principali DCA ed è caratterizzato da episodi ricorrenti di ingestione rapida e compulsiva di eccessive quantità di cibo sempre accompagnati da una sensazione di perdita di controllo. A differenza della BN le abbuffate non sono seguite da regolari comportamenti compensatori. I criteri diagnostici per il BED identificati dal DSM-V sono i seguenti:

1. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:

a) Mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili.

b) Un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

2. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.

¹² Bulimia Nervosa, tratto da

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=4>.

3. È presente un disagio marcato connesso al mangiare senza controllo.
4. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
5. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati e non si verifica esclusivamente in corso di AN o di BN.

Il DSM-V per il BED si evidenzia quattro livelli di gravità a seconda della frequenza degli episodi di abbuffata a settimana (n°/settimana):

- Lieve: una media di 1-3 episodi di abbuffata per settimana.
- Moderato: una media di 4-7 episodi di abbuffata per settimana.
- Grave: una media di 8-13 episodi di abbuffata per settimana.
- Estremo: una media > di 14 o più episodi di abbuffata per settimana.¹³

L'utenza in carico presso i servizi di cura per i DCA che presenta BED comprende il 12,4% dei casi.¹⁴

1.8 Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo

Il Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo detto anche *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID) è stato introdotto nel 2013 nel DSM-V. L'ARFID è un disturbo alimentare che si manifesta con un persistente fallimento nel soddisfare l'appropriato fabbisogno nutrizionale e/o energetico. I criteri diagnostici per l'ARFID identificati dal DSM-V sono i seguenti:

1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto o crescita discontinua nei bambini).
2. Significativo deficit nutrizionale.
3. Dipendenza dalla nutrizione enterale o da supplementi nutrizionali orali.
4. Marcata interferenza col funzionamento psicosociale.

Per poter diagnosticare questo disturbo è bene prima escludere che l'alimentazione selettiva non sia dovuta ad altre cause. Inoltre l'ARFID non si manifesta esclusivamente nel corso di AN

¹³ Cuzzolaro M., Anoressie e Bulimie, Bologna, il Mulino, 2014, tratto da <https://www.sisdca.it/public/pdf/Dsm5.pdf>.

¹⁴ Servizi per la cura dei DCA, BED tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4632&area=salute%20mentale&menu=DNA#:~:text=Rispetto%20alle%20pi%C3%B9%20frequenti%20diagnosi,e%20statistico%20dei%20disturbi%20mentali>).

o BN e non vi è evidenza di anomalia nel modo in cui è percepito il peso e la forma del proprio corpo. Sia il DSM-V che l'ICD-11 hanno definito tre sottotipi che evidenziano le principali cause sottostanti il comportamento evitante/restrittivo:

1. Evitamento/restrizione per apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo. In questo caso alcune persone possono riportare difficoltà nel ricordarsi di mangiare perché molto impegnate o perché non avvertono il senso di appetito. Altri invece possono percepire il mangiare come un "dovere" da cui non traggono piacere e soddisfazione.

2. Evitamento/restrizione a causa delle caratteristiche sensoriali del cibo e delle risposte individuali che ne derivano. Queste proprietà sensoriali includono struttura del cibo, temperatura, aspetto, colore e odore. Queste persone appaiono molto selettive ed escludono dalla loro dieta le pietanze per cui provano disgusto.

3. Evitamento/restrizione del cibo dovuto alle preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare, come il soffocarsi, il vomitare o lo stare male. In questi pazienti sono comuni sintomi come il dolore addominale, la nausea e la malattia da reflusso gastroesofageo.

È significativo ribadire che i pazienti ARFID risultano essere più giovani rispetto a quelli con altri Disturbi Alimentari, l'età media rilevata è 12,9 anni e presentano una durata di malattia in genere maggiore (i.e., una media di 33,3 mesi).¹⁵

1.9 Disturbo da Ruminazione o Mericismo

Il Disturbo da Ruminazione o Mericismo rientra tra i DCA classificati dal DSM-V e si caratterizza per il continuativo rigurgito del cibo per un periodo ≥ 1 mese. Il cibo, prima ingerito, anche parzialmente digerito, viene rigurgitato in bocca, può essere poi rimasticato, ringoiato o sputato, senza la presenza di nausea, disgusto o conati di vomito.

Per la diagnosi di questo disturbo è necessaria l'esclusione di condizioni gastrointestinali associate quali il reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro, gastroparesi, ernia iatale o il decorso di altri DCA, dove il rigurgito con eliminazione rappresenta una modalità di smaltimento delle calorie ingerite.¹⁶

¹⁵ Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo, tratto da <http://jhce.padovauniversitypress.it/system/files/papers/JHCEP-2020-2-12.pdf>.

¹⁶ Disturbo da Ruminazione o Mericismo, tratto da <https://www.stateofmind.it/disturbo-da-ruminazione/>.

1.10 Allotriofagia o Pica

L'Allotriofagia o Pica è un DCA caratterizzato dall'ingestione protratta nel tempo di sostanze non nutritive e non commestibili. I criteri diagnostici per il disturbo del Pica identificati dal DSM-V sono i seguenti:

1. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
2. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
3. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
4. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (disabilità intellettiva, disturbo dello sviluppo intellettivo, disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è grave da giustificare ulteriore attenzione clinica. Attualmente la prevalenza di questo disturbo non è nota in quanto vi è una sottotifica dal momento che molte persone possono essere in imbarazzo ad ammettere queste abitudini alimentari.¹⁷

1.11 Ortoressia Nervosa

A seguito di questo breve excursus sulla classificazione dei DCA e sui loro criteri diagnostici, vi è un altro potenziale disturbo alimentare che negli ultimi anni ha assunto un'importanza clinica e mediatica sempre più rilevante nella popolazione, si tratta dell'Ortoressia nervosa (ON).

L' ON è un potenziale disturbo alimentare identificato di recente e proposto per la prima volta nel 1997 in un articolo sulla rivista *Yoga Journal* da Steven Bratman, un medico americano specializzato in medicina alternativa.¹⁸

Il termine ON è composto dalle parole greche *orthos* (corretto) e *orexis* (appetito), descrive persone la cui attenzione per le diete "sane" porta ad uno stato di malnutrizione e menomazione della salute.

¹⁷ Pica, criteri diagnostici DSM-V, tratto da <http://www.dallegrave.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5-quali-sono-le-novita-riguardanti-i-disturbi-della-nutrizione-e-dell'alimentazione/>.

¹⁸ Bratman S., *Orthorexia vs. theories of healthy eating*, Springer, 2017.

Le persone affette da questo disturbo tendono quindi ad escludere dalla loro alimentazione tutti quegli alimenti che considerano malsani manifestando una fissazione patologica per un'alimentazione sana.

Questa fissazione patologica per un'alimentazione sana si materializza attraverso l'eliminazione dalla dieta di prodotti contenenti conservanti, additivi coloranti, aromi alimentari, pesticidi, grassi in eccesso, zucchero, sale o alimenti geneticamente modificati.

Coloro che soffrono di questo disturbo si basano sul consumo di alimenti provenienti da agricoltura biologica/ecologica. La preparazione del cibo stesso causa un'eccessiva ossessione per le fonti di cibo, i metodi utilizzati nella coltivazione dei prodotti agricoli o nella produzione, la trasformazione del cibo e i dati riportati sulle etichette degli alimenti.

Il potenziale DCA da ON, in questo ultimo ventennio, ha riscosso una crescente attenzione a livello mediatico attraverso anche la pubblicazione di numerosi studi e articoli scientifici nelle banche dati biomediche internazionali in particolare PubMed.

Nonostante la presenza di letteratura sull'ON, attualmente vi è la mancanza di un accordo sulla definizione di caso e su come possa essere diagnosticato, portando ad un mancato riconoscimento ufficiale sia nel DSM-V che nell'ICD-11. Pertanto il suo status di disturbo non è univoco. Nello specifico, resta dibattuto se debba essere considerato come disturbo a sé stante, una variante di DCA già codificati o del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC).

CAPITOLO 2 – SCOPO DELLA TESI

Lo scopo del presente lavoro di tesi è quello di condurre una revisione critica della letteratura esaustiva e aggiornata sull'ON, dal momento che ci si trova in assenza di chiari criteri diagnostici e strumenti psicometrici validati ed esaustivi, così da poter delineare i futuri sviluppi delle attività di ricerca sul tema.

Nello specifico l'elaborato analizzerà i criteri diagnostici proposti dai principali studi rinvenuti, i fattori di rischio e la popolazione suscettibile, sia in chiave diagnostica che preventiva, e gli attuali limiti dei questionari diagnostici disponibili. Si evidenzieranno, inoltre, le differenze e le caratteristiche comuni tra ON, i DCA (in particolare con AN) e il DOC.

Dal punto di vista del ruolo dell'Assistente Sanitario, in questo ambito, la tesi evidenzierà i possibili interventi educativi e formativi da implementare nelle realtà scolastiche, di consultorio o in altri possibili *settings*.

Gli obiettivi specifici della tesi sono i seguenti:

- Individuazione di strumenti diagnostici validati e non in letteratura: limiti attuali.
- Revisione dei manuali ICD-11 e DSM-V.
- Ricerca bibliografica in banche dati scientifiche e revisione critica dello stato dell'arte.
- Individuazione dei fattori di rischio, età di esordio, popolazione coinvolta.
- Diagnosi differenziale con gli altri DCA.
- Ruolo dell'Assistente Sanitario nelle attività di educazione e prevenzione dei DCA con focus specifico sull'ON.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 Quesiti di ricerca

La presente revisione è stata condotta individuando il problema di indagine tramite la formulazione dei seguenti quesiti di ricerca:

- Come viene inquadrata l'ON?
- E' disponibile una definizione di caso?
- Quali sono le evidenze in letteratura attualmente disponibili per diagnosticare il disturbo di ON?
- Gli strumenti psicometrici disponibili per la diagnosi quali limiti presentano?
- Quali sono i fattori di rischio che inducono all'ON?
- Quale può essere il target di popolazione più suscettibile a questa patologia?
- Quali sono le possibili attività in carico all'AS in tale setting e nei programmi di prevenzione dei DCA?

3.2 Strategia P.I.C.O

Tabella 1: Strategia PICO per la formulazione dei quesiti di ricerca sull'ON.

P: Paziente/Popolazione	Paziente affetto dalla condizione di ON, in particolare la fascia d'età costituita dai giovani adulti.
I: Intervento	Promuovere un'alimentazione congrua ed equilibrata che garantisca l'assunzione di tutti i nutrienti, favorire ed incentivare un rapporto emotivo equilibrato con il cibo.
C: Comparazione	Con i DCA e il Disturbo Ossessivo Compulsivo.
O: Outcome/Risultati	Approfondimento delle caratteristiche dei gruppi di popolazione a rischio, limiti dei questionari diagnostici, ruolo AS e possibili interventi educativi e formativi.

3.3 Fonti di ricerca e query

Le fonti della letteratura utilizzate, per la stesura della presente revisione, sono state le seguenti banche dati internazionali:

- PubMed
- Google Scholar

Altri testi consultati sono stati:

- DSM-V
- ICD-11

Le *Keywords* utilizzate per la costruzione della *query* di ricerca sono state (Tabella 2):

- “*Orthorexia nervosa*”
- “*Orthorexia*” AND “*Eating Disorders*”
- “*Eating Disorders*”

Tabella 2: History and search details query di ricerca in PubMed.

<i>Search</i> in PubMed: orthorexia nervosa, eating disorders (results 270)
("orthorexia nervosa"[MeSH Terms] OR ("orthorexia"[All Fields] AND "nervosa"[All Fields]) OR "orthorexia nervosa"[All Fields]) AND ("feeding and eating disorders"[MeSH Terms] OR ("feeding"[All Fields] AND "eating"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "feeding and eating disorders"[All Fields] OR ("eating"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "eating disorders"[All Fields])
Orthorexia nervosa: "orthorexia nervosa"[MeSH Terms] OR ("orthorexia"[All Fields] AND "nervosa"[All Fields]) OR "orthorexia nervosa"[All Fields]
Eating disorders: "feeding and eating disorders"[MeSH Terms] OR ("feeding"[All Fields] AND "eating"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "feeding and eating disorders"[All Fields] OR ("eating"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "eating disorders"[All Fields]

3.4 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione delle evidenze

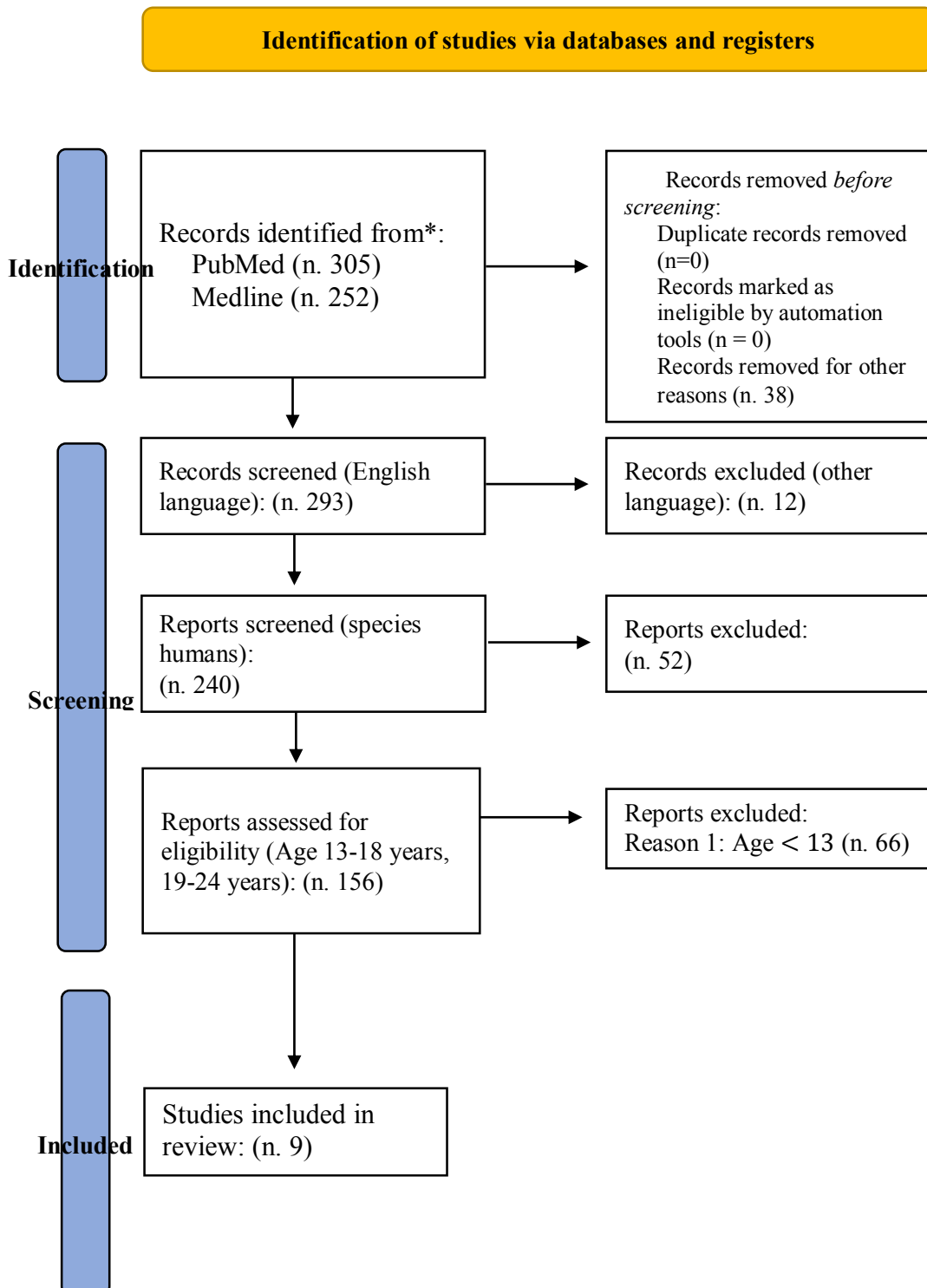
- Study design: Article type: Review, Systematic Review, Papers.
- Periodo degli studi considerati: da Giugno del 2004 (3 risultati) al 20 Ottobre del 2022 (77 risultati).
- Popolazione: in particolare target che negli studi si sono dimostrati a rischio maggiore di sviluppare la condizione di ON (giovani adulti).
- revisioni della letteratura che includevano gli strumenti diagnostici ed i criteri diagnostici proposti per ON, l'associazione tra ON e altri DCA.

Criteri di esclusione delle evidenze

- studi condotti su bambini che presentavano un'età <13 anni (66 studi)

3.5 PRISMA Flow diagram

Di seguito è riportato il Flow diagram, secondo quanto previsto dal PRISMA Statement, del processo di ricerca e selezione delle pubblicazioni incluse nel presente elaborato.¹⁹



¹⁹ PRISMA flow diagram, tratto da <https://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

Nella presente revisione sono stati da ultimo inclusi 9 studi sull'ON (Tabella 3).

I risultati estrapolati da tali studi sono stati raggruppati in base ai quesiti di tesi formulati: criteri diagnostici, fattori di rischio e popolazione suscettibile, differenze e caratteristiche comuni tra ON, DCA e DOC e strumenti psicometrici disponibili.

Tabella 3: La tabella riporta gli studi principali inclusi nella presente revisione.

AUTORI/ANNO	TITOLO	TIPOLOGIA DI STUDIO	PAESE	NUMERO SOGGETTI	TEST	RISULTATI/ CONCLUSIONI
Atchison Anna E. e Zickgraf Hana F. (2022)	Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors	Systematic Review	USA			ON è probabilmente un disturbo distinto dagli altri DCA
Novara, C. et al. (2022)	Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample	Prospective study	Italia	1075	EHQ	ON è più rappresentata negli individui con una diagnosi pregressa di DCA, inoltre sembra essere un costrutto stabile nel tempo.
Gkiouleka, M. et al. (2022)	Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults	Literature Review	Grecia			I programmi educativi sulla prevenzione dovrebbero concentrarsi sugli adolescenti e sui loro genitori
Niedzielski, A. e Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021)	Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools	Literature Review	Polonia			Descrizione degli strumenti di valutazione del comportamento ortoressico, non ci sono dati affidabili sulla prevalenza di ON
Zagaria, A. et al. (2021)	Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms	Systematic Review and Meta-analysis	Italia	16		I sintomi di ON sono più associati ai DCA rispetto al DOC, quindi On potrebbe essere trattata come un DCA autonomo
Treasure, J.; Duarte, T.A.; Schmidt, U. (2020)	Eating disorders	Review	UK/ Portogallo			Panoramica dei 6 DCA classificati dal DSM-V e ICD-11
Rogoza Radosław e Donini Lorenzo M. (2020)	Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15	Descriptive study	Polonia Italia	525	ORTO-15/ORTO-R	ORTO-R (6 Items) deriva dall'ORTO-15, ha maggiore validità tuttavia necessità di ulteriori studi
Valente, M. et al. (2019)	Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa	Literature review with a systematic search	Italia			Punto di partenza per la costruzione di un nuovo strumento diagnostico per l'ON
Cena, H. et al. (2018)	Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa	Narrative Review				Sintetizza la letteratura sulla definizione di ON, i criteri diagnostici proposti e gli strumenti psicometrici utilizzati per valutare atteggiamenti e comportamenti di ON.

La tabella 3 riporta sinteticamente gli studi inclusi nella revisione e le loro caratteristiche principali.

Sono state selezionate 7 revisioni, 1 studio prospettico e 1 studio descrittivo.

La revisione di Treasure et al. (2020) ha offerto una panoramica sui sei DCA classificati dal DSM-V e dall'ICD-11, utile per sviluppare un quadro generale su ciò che è classificato come disturbo alimentare e ciò che ancora non lo è.

Definizione di caso e di criteri diagnostici

Per quanto concerne in maniera specifica la definizione, i criteri diagnostici e gli strumenti dell'ON, sono state prese in esame 3 revisioni sistematiche (Cena et al. 2018); (Valente et al. 2019); (Atchison et al. 2022).

La revisione di Atchison and Zickgraf (2022), ha incluso 42 articoli. I risultati degli studi indicano come l'ON sia correlata con i tratti e le restrizioni alimentari disfunzionali dell'Anoressia Nervosa.

La revisione di Valente, M. et al. (2019), ha analizzato 70 articoli di cui 22 erano dedicati a studi che hanno sviluppato, validato o adattato strumenti diagnostici per l'ON. I paesi di origine di questi studi, pubblicati tra il 2000 e il 2018 sono stati: Spagna (n=4), USA (n=3), Germania (n=3), Austria (n=2), Italia (n=2), Turchia (n=2), Polonia (n=2), Australia (n=2), Brasile (n=1) e Ungheria (n=1).

Questa revisione ha dimostrato che gli studi che hanno costruito ed utilizzato gli strumenti diagnostici per valutare la prevalenza di ON presentavano tassi di prevalenza contraddittori, influenzati anche dalla diversa visione del concetto di ON che condizionava la costruzione degli strumenti.

La revisione di Cena, et al. (2018), ha preso in esami 141 articoli.

È emerso che i termini più utilizzati dagli autori per definire l'ON erano soprattutto:

- fissazione;
- ossessione;
- preoccupazione.

Gli strumenti psicometrici più utilizzati per condurre questi studi sono stati l'ORTO-15 e *L'Orthorexia Self-Test* (BOT).

Fattori di rischio

Riguardo i probabili fattori di rischio e popolazione suscettibile dell'ON interessanti sono stati i presenti lavori:

Lo studio prospettico di Novara, et al. (2022), svoltosi a Padova tra Ottobre 2019 e Giugno 2020 ha coinvolto 1075 studenti (corrispondevano alla popolazione target ossia studenti madrelingua italiani di età compresa tra i 18-30 anni), di cui il 75,1% erano femmine. Sono stati

somministrati questionari che valutavano l'ON, i DCA, il DOC, la depressione e l'ansia. Tuttavia, 358 individui, di cui il 79,9% era composto da femmine, hanno accettato di partecipare al seguente studio e compilato gli stessi questionari a distanza di sei mesi.

I risultati sostengono che l'ON sia più frequente nei soggetti che presentavano già in anamnesi una precedente diagnosi di DCA e nei soggetti che seguivano una dieta restrittiva. Si è, infine, notato che l'ON potrebbe essere un costrutto stabile nel tempo ed indipendente dagli altri DCA in quanto le caratteristiche ortoressiche valutate dopo sei mesi sono le medesime valutate alla prima somministrazione.

La revisione di letteratura di Gkiouleka, et al. (2022) include gli studi pubblicati tra Gennaio 2004 e Gennaio 2022. I criteri di inclusione riguardavano gli studi che fornivano dati sull'ON tra i bambini, gli adolescenti e i giovani adulti, inoltre indagavano la connessione dell'Ortoressia con i DCA e l'associazione con l'utilizzo dei social media in particolare Instagram.

Strumenti psicometrici

Per rispondere al quesito degli strumenti psicometrici disponibili sono state presi in esame i seguenti studi:

La revisione di letteratura di Niedzielski and Kaźmierczak-Wojtaś (2021), ha descritto gli strumenti di valutazione dell'ON, affermando che gli studi disponibili presentavano una diversa prevalenza a seconda del cut-off, dello strumento utilizzato e della popolazione analizzata.

Lo studio descrittivo di Rogoza and Donini (2020), ha coinvolto 525 soggetti per valutare la struttura fattoriale del questionario ORTO-15. È risultato che l'ORTO-15 non era adatto ad identificare la struttura dell'ON (poiché identificava un eccesso di falsi positivi), pertanto, è stata resa necessaria una revisione, l'ORTO-R.

Confronto ON, DCA e DOC

Per quanto concerne l'analisi delle differenze e somiglianze presenti tra ON, i DCA e il DOC è stata analizzata la revisione di Zagaria, et al. (2022) contenente 36 studi. I risultati della metanalisi hanno dimostrato che i sintomi di ON sono più correlati con quelli dei DCA rispetto a quelli del DOC, pertanto trattare l'ON come un DCA autonomo potrebbe essere plausibile. Di fatto una sua potenziale inclusione come DCA emergente potrebbe essere presa in considerazione nella futura classificazione del DSM.

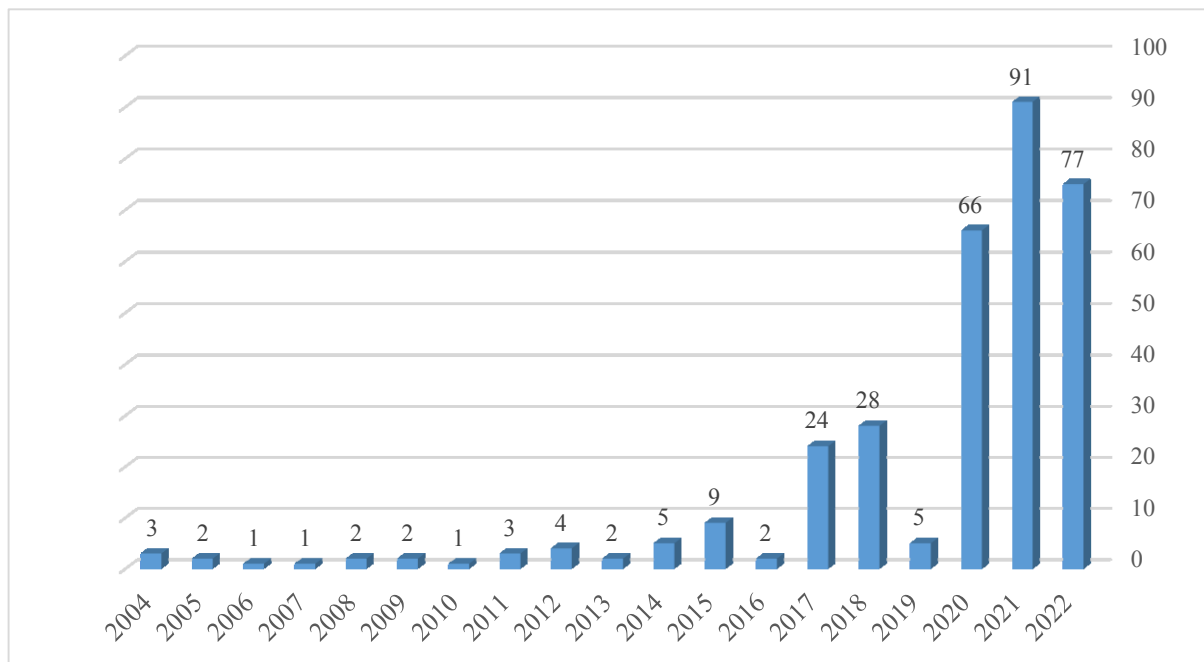
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE

5.1 ON: risultati per anni

Il Grafico n. 1 riporta i risultati della *query* di ricerca sull'ON utilizzata nella banca dati Pubmed, suddividendoli per anno di pubblicazione.

Di questo nuovo potenziale disturbo alimentare, si è iniziato a parlarne nel 1997, quando il medico americano Steven Bratman coniò il termine ON per definire gli individui che presentavano un'ossessione a carattere patologico riguardo al consumo di cibi considerati puri e incontaminati.

Grafico 1: Search query per Othorexia nervosa: risultati per anno



Osservando il Grafico 1 si possono notare i seguenti aspetti:

- Il periodo di ricerca con conseguente pubblicazione di studi si estende dal 2004 all'Ottobre 2022 (in corso).
- La produzione di letteratura nel periodo compreso dal 2004 al 2016 è piuttosto scarsa ad eccezione dell'anno 2015 (9 risultati).
- Dal 2017 all'Ottobre del 2022 gli studi sull'ON hanno subito un incremento notevole, ad eccezione dell'anno 2019 (5 risultati), l'anno con più contenuti scientifici pubblicati risulta essere il 2021 (91 risultati).

L'incremento, in particolare, degli ultimi tre anni di pubblicazioni scientifiche sull'ON apre a diverse chiavi di lettura di questa condizione, anche in relazione al contesto socio-culturale e all'esperienza pandemica COVID-19 causata dal virus SARS-CoV-2.

In questi ultimi anni, si è assistito all'aumentare di nuove tendenze alimentari, tra tutte, le diete “*gluten free*” che comportano l'esclusione del glutine dall'alimentazione in assenza di sintomatologia o malattia (i.e. celiachia). L'eliminazione del glutine dall'alimentazione in un individuo sano può comportare gravi carenze nutrizionali.

L'ON potrebbe rientrare in queste nuove tendenze alimentari, dato l'aumento dell'interesse verso un'alimentazione sana, biologica, “naturale” promossa dai mass-media e l'incremento di normative che richiedono di riportare nelle etichette degli alimenti le caratteristiche nutrizionali e la provenienza. Queste condizioni sono, indubbiamente, aspetti positivi introdotti nell'ottica della promozione ed educazione alla salute, tuttavia, in soggetti suscettibili, potrebbero condurre allo sviluppo di un rapporto disturbato con il cibo e l'alimentazione.

Le decisioni riguardanti l'alimentazione degli individui, inoltre, non sono solo azioni individuali ma presentano anche un risvolto sulla società. Le scelte alimentari di ciascuno generano un effetto sul Sistema Sanitario Nazionale in quanto lo stile alimentare è strettamente connesso con la salute, poiché può rappresentare un fattore protettivo, ma anche un fattore di rischio per molteplici patologie. Tuttavia, le scelte alimentari presentano un impatto anche a livello economico, perché influenzano l'industria alimentare costituita dai produttori, dai venditori e dagli appartenenti al terzo settore. Infine, l'alimentazione possiede un valore socio-culturale intrinseco poiché è espressione dell'identità culturale dei popoli, è infatti uno strumento di comunicazione e relazione.²⁰

La pandemia COVID-19 ha modificato pesantemente le abitudini alimentari degli individui, dalla disponibilità di maggior tempo da dedicare alla preparazione dei pasti e sperimentazione di nuovi alimenti e ricette, all'aumento della sedentarietà dato dal confinamento e dal maggior tempo trascorso a casa, o ancora all'insorgenza di sintomi d'ansia e depressione causati dallo stress psico-fisico che questa condizione di isolamento/quarantena ha comportato.

²⁰ Come influisce l'alimentazione, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione>.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a tal proposito ha individuato quattro motivazioni principali, per le quali è importante mantenere alta la soglia dell'attenzione sui DCA nel corso della pandemia da COVID-19:

- 1) Vi è un aumentato rischio di ricaduta o peggioramento del DCA in quanto le regole imposte suscitano, in particolare, in questi pazienti il desiderio di infrangere le imposizioni.
- 2) Il rischio di contrarre l'infezione da COVID-19 è più alta in coloro che soffrono di DCA poiché lo stato di malnutrizione inficia la capacità del sistema immunitario di difendersi dal virus.
- 3) Sussiste la possibilità di insorgenza di un DCA *ex novo* o comportamenti di *addiction*. Lo stress, la pressione emotiva, la mancanza di sfoghi, la disponibilità di maggior tempo dati dall'isolamento prolungato possono portare alla ricerca di alcune forme di appagamento che possono essere soddisfatte dal cibo, dal fumo, dall'alcol, dalle droghe e dagli psicofarmaci. In questa sezione potrebbe inserirsi il potenziale disturbo ortoressico, in quanto la maggior disponibilità di tempo permette alle persone di concentrarsi maggiormente sulla qualità dell'alimentazione e sulla preparazione dei pasti nonché sulla documentazione della provenienza del cibo.
- 4) La carenza e l'inadeguatezza dell'offerta e accesso di trattamenti psicologici e psichiatrici nel corso dell'emergenza COVID-19 hanno comportato spesso la sostituzione del trattamento tradizionale a favore di quello online, la sospensione di molte attività, ricoveri rinviati, ritardi nei follow up, mancanza o carente informazione e formazione degli operatori nei confronti della modalità telematica.²¹

5.2 Criteri diagnostici

Descrizioni cliniche chiare e criteri diagnostici sono fondamentali per garantire un'applicazione affidabile e coerente di una diagnosi, facilitare la comunicazione tra i medici e consentire la valutazione dei tassi di prevalenza. La rigorosa identificazione e sviluppo delle diagnosi psichiatriche assicura che il campo della psicopatologia sia riflessivo e responsivo all'evoluzione dell'esperienza umana. L'introduzione di nuove diagnosi nei sistemi di classificazione esistenti (i.e. DSM-V e ICD-11), senza un'adeguata evidenza empirica, potrebbe comportare una dubbia validità delle diagnosi o un'eccessiva patologizzazione di ciò che può essere considerato "normale".

²¹ Disturbi dell'alimentazione e COVID-19, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-disturbi-alimentazione>.

Al fine di ridurre questi potenziali *bias*, l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013) definisce i disturbi mentali come sindromi psicologiche/comportamentali che rappresentano un disturbo nei sistemi alla base del funzionamento mentale, che deviano dalla risposta normale e/o culturalmente appropriata ad un evento/situazione, e sono associati a disagio o disabilità clinicamente significativi.

Come accennato in precedenza, la revisione di letteratura condotta conferma che ad oggi non esistono criteri diagnostici ufficiali per l'ON, pertanto, non è presente come disturbo all'interno né del DSM-V, né dell'ICD-11.

Come recensito da Cena et al. (2018) ciò che accomuna i criteri diagnostici proposti da più ricercatori sono le seguenti caratteristiche:

- 1) preoccupazione ossessiva per l'alimentazione sana;
- 2) comportamenti che includono il seguire rigidamente una dieta "sana" restrittiva, evitando rigorosamente gli alimenti ritenuti malsani e impuri;
- 3) le violazioni alla dieta provocano negli individui ortoressici, uno stress emotivo estremo con sensi di colpa e ansia;
- 4) menomazioni psicosociali nel funzionamento sociale e professionale /accademico;
- 5) menomazioni fisiche legate a carenze nutrizionali.

Tuttavia, nel 2016, Dunn e Bratman hanno sviluppato e proposto nuovi criteri diagnostici, sulla base dell'analisi degli studi pubblicati, dai dati ottenuti sui disturbi alimentari (da USA, Norvegia, Polonia, Svezia, Australia, Italia e Germania) e dai questionari. Tali criteri sono stati suddivisi in tipo A e tipo B. I primi descrivono comportamenti caratteristici dell'ON, i.e. abitudini alimentari ossessive, sensazione di ansia quando non si seguono le restrizioni dietetiche, con conseguente loro intensificazione. Anche una riduzione dell'indice di massa corporea è stata osservata in soggetti con ON, pur non risultando, da ultimo, una condizione necessaria e sufficiente per fare diagnosi di ON. I criteri B puntano, invece, verso un ampio spettro di conseguenze legate all'ON (e.g. malnutrizione, isolamento sociale, immagine distorta del proprio corpo, bassa autostima).

Va sottolineato che questi criteri devono ancora essere convalidati, pertanto è probabile che essi saranno soggetti ad ulteriori modifiche.

5.3 Orthorexia Nervosa Task Force (ON-TF)

Per far progredire il campo della ricerca sull'ON, nel 2016 è stata istituita l'*Orthorexia Nervosa Task Force* (ON-TF). Questa unità operativa include ricercatori di molti Paesi che si occupano attivamente di ON.

L'ON-TF persegue sette obiettivi specifici così raggruppati:

- 1) delineare una definizione e criteri diagnostici affidabili per l'ON;
- 2) descrivere, in base alla letteratura disponibile su sviluppo e decorso, i fattori di rischio e prognostici, le problematiche diagnostiche legate al genere o agli aspetti culturali, i marker diagnostici e le diagnosi differenziali;
- 3) stabilire in quale categoria del DSM-V, l'ON si adatterebbe meglio;
- 4) sviluppare la ricerca qualitativa attraverso casi studio ben progettati;
- 5) validare un nuovo questionario autosomministrato, a partire da ORTO-15 (Donini et al. 2005), Orthorexia Self-Test di Bratman (Bratman and Knight, 2000) e Dusseldorf Orthorexia Scale (Barthels et al. 2015), tenendo conto della nuova definizione e dei nuovi criteri diagnostici. Tali strumenti psicometrici verranno presentati e discussi in seguito;
- 6) indagare la prevalenza di ON secondo i nuovi criteri diagnostici condivisi in diversi Paesi e diversi campioni (e.g. stratificando per classe di età, genere, contesto sociale e culturale);
- 7) valutare le comorbidity mediche e psichiatriche.²²

5.4 Fattori di rischio e popolazione suscettibile

Sono state formulate numerose teorie per provare ad identificare e rilevare i fattori di rischio dell'ON. I risultati di numerosi studi sono contraddittori sul fatto che le differenze di genere influenzino o meno il verificarsi di ON.

L'AN presenta una prevalenza significativamente superiore tra le donne rispetto a quella degli uomini, esplicitabile con un rapporto medio di 9:1. Al contrario i risultati sull'ON sono controversi, con alcuni studi che sottolineano una maggior prevalenza della sintomatologia nelle donne, mentre altri riportano che gli uomini che ne soffrono siano più numerosi di quest'ultime. Infine, ci sono studi che non trovano differenze sostanziali nella frequenza di ON tra maschi e femmine.

In riferimento al reddito e al livello di istruzione, vi sono indicazioni che la prevalenza di ON sia più alta nelle persone che presentano un reddito e un livello di istruzione elevato, poiché hanno più facilità e potere di acquisto di prodotti ad alto valore nutritivo (sono più costosi) e maggiori conoscenze riguardo stile di vita, e alimentare, sani.

²² Cena H., et al. *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature*, Springer Nature Switzerland AG, 2018.

Considerando i fattori sociodemografici quali età, genere, reddito familiare, *background* educativo e loro associazioni con l'ON, si possono ricavare conclusioni significative dalle indagini condotte da McComb e Mills (2018).

Secondo questi autori, l'ON risulta più frequente nelle classi di età più giovani che in quelle più anziane. Per classi di età più giovani si intende gli individui appartenenti alla fascia d'età 19-24, in quanto target più presente negli studi condotti sull'ON. La popolazione composta dai giovani adulti, a differenza della popolazione anziana, possiede maggiori conoscenze e competenze riguardo lo sviluppo di un'alimentazione "sana", questo comporterebbe l'aumento dei fattori di rischio per ON. Tuttavia, la ricerca ha dimostrato che fattori biologici, biochimici, psicologici e sociologici/ambientali possono essere alla base dello sviluppo dei DCA in generale e di ON.

Sebbene sia stato riportato che la maggior parte dei DCA fonda la loro origine nell'infanzia e nella prima adolescenza, i loro sintomi diventano spesso evidenti nell'adolescenza o nella prima fase dell'età adulta. Ricerche recenti hanno anche dimostrato che la presenza di situazioni stressanti durante l'infanzia può influenzare lo sviluppo di DCA negli adolescenti.

Attraverso alcuni studi (Zagaria et al. 2021) si è visto, inoltre, che le persone con ON o quelle che presentavano un aumentato rischio di svilupparla, condividevano tipicamente le caratteristiche del disturbo ossessivo compulsivo.

La possibile correlazione eziologica di ON con il DOC si basa sulle caratteristiche comuni tra le due sindromi tra cui:

- personalità ansiosa;
- bisogno di avere il completo controllo;
- fobia dell'impurità alimentare;
- potenziale tendenza al perfezionismo.

Gli individui con ON sono descritti come persone che presentano richieste eccessivamente elevate su se stesse, manifestano un forte senso di critiche nei confronti propri e degli altri e una forte ossessione rivolta ad eliminare gli elementi della loro personalità che percepiscono come difetti.

Per quanto concerne l'adesione dei soggetti a determinati stili alimentari, dalla letteratura emerge che l'adozione di una dieta vegetariana o vegana è associata a ON. Da uno studio condotto da Barnett et al. (2016) negli Stati Uniti è emerso che gli studenti universitari vegetariani, vegani, pescatari (i.e. praticanti il pescatarianismo o pescevegetarianesimo) o che seguivano diete paleo (i.e. dieta che consente di mangiare solo cibi accessibili nell'era

paleolitica) o prive di glutine, presentavano un rischio maggiore di ON rispetto a quelli che non seguivano alcuna dieta restrittiva.

Uno studio condotto da Novara et al. (2022)²³ afferma che l'ON non solo dipenda dal tipo, ma anche dalla frequenza della dieta. Infatti, l'aver seguito almeno una dieta nel corso della vita è associato a manifestazioni più gravi di ON. Sempre questo studio ha ribadito che l'ON è strettamente legata alla presenza di una precedente diagnosi di AN e che seguire diete e avere un IMC basso possono essere considerati fattori prodromici per i DCA.

Il medesimo gruppo di ricerca padovano sostiene, inoltre, che la presenza di un IMC più elevato (sovrappeso *range* IMC 25-29,9) rappresenti un fattore protettivo.

Oltre all'adozione di uno stile dietetico particolare, un aumento del rischio di ON è stato correlato ad un elevato impegno nell'attività fisica, tant'è vero che alcuni studi (Segura-García, 2012; Hyrnik, 2016; Varga, 2013) che hanno coinvolto atleti italiani e studenti polacchi e ungheresi hanno dimostrato che il livello di coinvolgimento nello sport potrebbe essere un fattore predittivo per i sintomi di ON.

Altri possibili fattori di rischio potrebbero anche sovrapporsi ad un estremo bisogno di mantenere la salute o di evitare malattie attraverso la dieta, o ancora il desiderio costante delle persone di far parte di un gruppo.

Sul versante psicologico, l'ON è stata associata a sintomi di depressione, insonnia, abulia, astenia, sentimenti di delusione e insoddisfazione nella vita.

In particolare, la depressione unipolare è stata segnalata come fattore di rischio per l'ON, per i DCA e per problemi metabolici negli adolescenti e negli adulti.

A tal proposito, inoltre, si suppone che l'ON presenti un'associazione biunivoca con le malattie metaboliche e con i disturbi del sistema endocrino, perché potrebbe presentarsi come causa ed esito di tali condizioni.

Da una parte la presenza di un'ON grave potrebbe essere associata a malnutrizione per carenza di nutrienti, causata dall'esclusione di determinati tipi di alimenti dalla dieta con conseguente disfunzione tiroidea e gonadica, amenorrea, disturbi mestruali, pubertà ritardata, carenza di vitamina D, scarsa acquisizione del picco di massa ossea e squilibrio dell'indice glicemico. D'altra parte, le persone che soffrono di queste malattie endocrine potrebbero diventare

²³ Novara C., et al. *Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study*, The Author(s), 2022.

ossessionati dalla ricerca di un'alimentazione sana, al fine di proteggersi da ulteriori problemi di salute, in particolare se scelgono di provare a gestire queste condizioni sulla base delle proprie conoscenze ed esperienze senza consultare un esperto.

Nell'ultimo decennio i social media sono divenuti parte integrante della quotidianità di adolescenti e giovani adulti, nonché il mezzo di comunicazione dominante.

Studi recenti in materia hanno rilevato che l'uso frequente di Internet provoca un impatto negativo sul benessere mentale e hanno ulteriormente sottolineato l'associazione tra l'uso dei social media e l'insoddisfazione corporea, la depressione unipolare e i DCA.

Al riguardo secondo uno studio condotto da McCartney et al. (2016), l'aumento della popolarità dei metodi di alimentazione "pulita" nei social, in modo particolare *Instagram*, e altri media *mainstream*, è considerato uno dei più importanti fattori di rischio ambientale per l'ON.

A livello sociale l'ON influisce nelle relazioni delle persone ortoressiche con gli altri, inficiando la loro partecipazione e il loro coinvolgimento con amici e familiari in eventi comunitari. Inoltre, le persone affette da questa condizione, al pari di pazienti affetti da altri DCA, tendono a reclinare inviti ad eventi che includono il mangiare conviviale, questo potrebbe comportare la loro graduale esclusione sociale.²⁴

5.5 Differenze e caratteristiche comuni tra ON, DCA o DOC

La fisiopatologia dei DCA nel corso degli anni ha subito notevoli cambiamenti, sotto l'influenza di vari fattori ambientali e individuali che hanno causato l'emergere di nuove entità cliniche, che, tuttavia, non sono ancora state classificate come etichette diagnostiche nei manuali ICD-11 e DSM-V.

Tra queste rientra l'ON, che, come è già stato ribadito pocanzi, non è ancora stata riconosciuta come disturbo, a causa della presenza di una grande eterogeneità delle sue presentazioni cliniche che risultano insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

Uno degli aspetti più oggetto di discussione riguardante l'ON riguarda se debba essere considerata come disturbo distinto, una variante del DCA o del DOC o come un'abitudine alimentare disturbata.

Il potenziale Disturbo da ON presenta delle caratteristiche di manifestazione molto simili a quelle di altri DCA.

²⁴ Gkiouleka M., et al. *Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review*, Children, 2022.

In particolare, l'ON è molto spesso paragonata all'AN con la quale condivide atteggiamenti alimentari anormali simili quale la restrizione alimentare, una predisposizione al perfezionismo e al desiderio di controllo.

La principale differenza tra ON e AN risiede nella motivazione sottostante all'assunzione di cibo alterata: perdita di peso nell'AN (quantità di cibo), mentre nell'ON ci si concentra sulla purezza dell'alimento (qualità del cibo).

In quest'ultima si osserva anche una mancanza di distorsione dell'immagine corporea (i.e. dismorfofobia) e la paura di ingrassare non è necessariamente correlata alla condizione.

L'atteggiamento ortoressico, però, potrebbe essere associato alla perdita di peso nel momento in cui sia il risultato dell'estrema selezione di alcune categorie di alimenti e della rigida esclusione di altre.

Nell'AN il livello di autostima dei pazienti è fortemente dipendente dalla quantità di cibo che consumano e dal peso che riescono a perdere, mentre il potenziale disturbo da ON non è associato a una strategia di perdita di peso.

Per i pazienti ortoressici il mangiare sano diventa una sorta di ossessione poiché i pensieri centrati sul cibo diventano patologicamente dominanti e sottolineano come la dieta "salubre" sia una responsabilità personale al fine di mantenere la propria salute attraverso la scelta del cibo.

Al contrario, i pazienti con AN e BN, possono consumare cibi meno salutari, da eliminare successivamente tramite l'attuazione di comportamenti compensatori atti a prevenire l'aumento di peso e a mitigare i sensi di colpa.

Sono state riscontrate delle similitudini tra l'ON e l'ARFID. L'ARFID, come ribadito nel capitolo introduttivo, è caratterizzato da particolari comportamenti alimentari quali: apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo, l'atto di mangiare può essere percepito come un "dovere", esclusione di certe categorie di cibi in base alle caratteristiche sensoriali, sentimenti di ansia per la comparsa di nausea o disturbi gastrointestinali dopo aver consumato determinati alimenti.

La differenza principale risiede nel fatto che gli individui con ON tendono a manifestare un interesse eccessivo nell'escludere scrupolosamente alcuni tipi di alimenti dalle loro vite.

Gli studi condotti hanno dimostrato che l'ON può precedere o seguire l'insorgenza di un DCA.

Essa potrebbe rappresentare, quindi, sia una fase prodromica delle difficoltà alimentari, che, se successiva, una pregressa storia di DCA.

L'ON mostra, inoltre, alcune sovrapposizioni con il DOC. La ricerca suggerisce infatti molte somiglianze fenotipiche tra queste due condizioni, quali: pensieri ossessivi (pensare ad un'alimentazione sana, pianificazione alimentare), attività ripetute (preparazione del cibo, pesatura dei prodotti, controllo delle etichette), disturbi del funzionamento sociale e bassa qualità della vita.

La letteratura attualmente disponibile sembra, però, più propensa a trattare l'ON come un potenziale disturbo appartenente alla categorizzazione dei DCA, che presenta anche caratteristiche ossessive - compulsive, piuttosto che una condizione appartenente allo spettro del DOC.²⁵

²⁵ Zagaria A., *Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis*, International Journal of EATING DISORDERS, 2021.

Tabella 4: Differenze e caratteristiche comuni tra ON, DCA e DOC²⁶

(a)	ON	DCA
Differenze	Nessuna paura di ingrassare	Paura di ingrassare
	Focus: qualità del cibo	Focus: quantità del cibo
	Chiare regole razionalizzate relative al cibo	Rituali nascosti attorno al cibo
	Nessun disturbo dell'immagine corporea	Disturbi dell'immagine corporea
	Non ci sono differenze di genere	Femmine > Maschi
Caratteristiche comuni	L'eccessiva preoccupazione per il cibo e il mangiare domina la propria vita	
	La vita e il comportamento sono organizzati per perseguire abitudini alimentari specifiche	
	La dieta assume il significato di una sorta di identificazione della persona	
	Conseguenze: isolamento sociale, problemi somatici, malnutrizione	
	Cambiamenti di peso	
	Eziologia Bio-psico-sociali	
	Tratti di personalità ossessivo-compulsivo (rigidità, perfezionismo)	
	Sintomi OC egosintonici	
(b)	ON	DOC
Differenze	Mangiare sano / sintomi legati al cibo	Non specifici, diversi tipi di sintomi
Caratteristiche comuni	Rigidità, perfezionismo	
	Conseguenze: ansia, depressione, isolamento sociale	
	Compromissione della funzione sociale	
	Caratteristiche ossessivo-compulsive	

5.6 Strumenti diagnostici

La maggior parte degli studi sul potenziale Disturbo da ON sono stati condotti tramite l'utilizzo del test di Bratman (*Orthorexia Self-Test – BOT*) e del questionario ORTO-15 (Donini et al. 2005).

Entrambi questi strumenti diagnostici sono stati tradotti in diverse lingue e applicati negli studi scientifici.

Esistono tuttavia altri strumenti diagnostici, meno diffusi, quali:

- *Eating Habits Questionnaire* (EHQ)

²⁶ Tabella 4 tratta da Cena H., et al. *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature*, Springer Nature Switzerland AG, 2018.

- *Düsseldorf Orthorexia Scale* (DOS)
- *Teruel Orthorexia Scale* (TOS)
- *Barcelona Orthorexia Scale* (BOS)
- *Orthorexia Nervosa Inventory* (ONI)

I seguenti questionari utilizzano il Coefficiente Alpha di *Cronbach* ossia un indicatore statistico che consente di misurare la coerenza interna o l'affidabilità di un questionario composto da domande quantitative (*items*) su scala Likert.

Importante tener presente che gli indici di prevalenza di ON differiscono a seconda del Paese di origine dello studio, del gruppo di pazienti e dello strumento utilizzato per la valutazione di ON.

5.6.1 Orthorexia Self-Test (BOT)

L'*Orthorexia Self-Test* (BOT) è un test di autovalutazione ideato da Bratman e Knight nel 2000, rappresenta il primo strumento di indagine per la diagnosi di ON.

Il BOT è un test composto da 10 *items*, in cui i pazienti vengono valutati sulla base di una scala binomiale sì/no dove alle risposte sono attribuiti 1 o 0 punti (il punteggio massimo è = 10). La presenza di un punteggio ≥ 4 (i.e. almeno 4 risposte affermative) è indice di ON.

Questo test non è mai stato utilizzato in Italia, ma è stato tradotto e somministrato in studi tedeschi, polacchi, svedesi e greci.

Gli studi effettuati non miravano ad identificare la prevalenza di ON in un determinato gruppo o area, ma erano volti ad esplorare i fattori di rischio per l'ON ed a verificare le sue associazioni con altri fenomeni.

Tuttavia, il BOT non è mai stato validato.²⁷

5.6.2 ORTO-15

L'ORTO-15 (si veda Allegato 2) è lo strumento di indagine per la diagnosi di ON più diffuso ed oggetto di traduzioni in più lingue, ideato in Italia nel 2005 da Donini et al.

ORTO-15 è basato sul test di Bratman (BOT) e sulla Scala del Minnesota *Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2). Il questionario è composto da 15 *items* che sono indirizzati

²⁷ Niedzielski A., Kaźmierczak Wojtaś N. *Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools- A Literature Review*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021.

con scala Likert a 4 dimensioni (mai/ - a volte/ - spesso/ - sempre), dove ad ogni risposta sono attribuiti da 1 a 4 punti. Gli *items* rilevano la presenza di un'abitudine ossessiva in relazione alla scelta, all'acquisto, alla preparazione, al consumo di cibi che le persone considerano sani. Il punteggio finale è la somma di punti dei 15 *items*: più bassi sono i punteggi, maggiore sarà l'intensità del comportamento ortoressico.

La scala si propone di esplorare tre aree di contenuto: cognitivo (item: 1,5,6,11,12,14), clinico (3,7,8,9,15) ed emotivo (item: 2,4,10,13).

Il punteggio finale del test può variare tra 15 e 60 e il valore soglia, sotto cui stabilire la diagnosi di ON, è stato stabilito dagli autori a < 40, tuttavia si possono trovare studi che considerano una soglia di 35.²⁸

Ad oggi, ci sono sei adattamenti nazionali di ORTO-15 in tedesco, ungherese, polacco, portoghese, spagnolo e turco.

L'ORTO-15 e i suoi adattamenti sono stati utilizzati in numerosi studi, gli obiettivi di quest'ultimi possono essere raggruppati in cinque categorie principali:

- a. identificazione per i fattori di rischio per l'ON;
- b. identificazione delle differenze culturali;
- c. indagine sulle relazioni tra ON e AN o DOC;
- d. prevalenza di ON.

Il target di popolazione utilizzato dagli studi con somministrazione del questionario ORTO-15 era principalmente composto da studenti, pazienti con DCA, atleti o frequentatori di palestre, dietisti, vegetariani/vegani, praticanti di yoga e artisti.

L'ORTO-15 è stato molto spesso utilizzato per la valutazione della prevalenza di ON fornendo risultati distorti. Molti studi presentavano, infatti, una prevalenza di ON superiore al 50%, mentre si stima che la prevalenza reale sia approssimativamente non più dell'1%.

5.6.3 ORTO-R: una revisione di ORTO-15

Il questionario ORTO-15 ha dimostrato di possedere molteplici limitazioni per la diagnosi di ON, per questo si è resa necessaria una revisione attraverso l'introduzione del questionario ORTO-R (si veda Allegato 3).

In particolare, sono stati attribuiti al questionario ORTO-15 i seguenti punti critici:

²⁸ Valente M., Syurina E.V., Donini L.M., Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search, The Author(s), 2019.

- Presenza di una struttura fattoriale instabile che produce risultati differenti tra i diversi gruppi di popolazioni.
- Non è in grado di distinguere tra alimentazione sana e patologicamente sana e, pertanto, non dovrebbe essere utilizzato solo come misura diagnostica.
- Non ha un livello di specificità sufficiente per rilevare lo stato patologico.
- Il punteggio è controintuitivo, dove i punteggi bassi o medi indicano un rischio di patologia più alto.
- È stato sviluppato prima di stabilire le caratteristiche tipiche di ON, quindi non corrisponde pienamente a tutti i criteri.
- Sovrastima della prevalenza di ON nella popolazione esaminata.

Il questionario ORTO-R è basato sul questionario ORTO-15, pertanto condivide alcuni dei suoi limiti, come il fatto di esser stato sviluppato prima di stabilire le caratteristiche tipiche dell'ON, quindi non corrisponde pienamente a tutti i criteri.

Per superare questi limiti il questionario ORTO-R contiene solamente 6 *items* del questionario ORTO-15 (*items* originali 3,4,7,10,11,12) che sono stati identificati come i migliori marcatori di ON.

L'ORTO-R presenta una struttura fattoriale stabile e rappresenta una misura promettente per condurre l'analisi dell'invarianza della misurazione, tuttavia non valuta la prevalenza di ON.

I 6 *items* dell'ORTO-15 contenuti nel questionario ORTO-R sono i seguenti:

3. Negli ultimi tre mesi, i pensieri sul cibo ti hanno fatto sentire in colpa, vergogna e ansia?
4. Le tue scelte dietetiche rigide e restrittive sono condizionate dalla tua preoccupazione per il tuo stato di salute?
7. Pensare al cibo ti preoccupa eccessivamente per più di tre ore al giorno?
10. Sei d'accordo sul fatto che mangiare cibo sano aumenta la tua autostima?
11. Mangiare cibi sani cambia il tuo stile di vita (frequenza di mangiare fuori, amici...)?
12. Credi che il consumo rigoroso solo di cibo sano possa migliorare il tuo aspetto? ²⁹

5.6.4 Eating Habits Questionnaire (EHQ)

L'Eating Habits Questionnaire (Questionario delle Abitudini Alimentari- EHQ) è stato sviluppato nel 2013 da Gleaves, Graham e AMbwani.

²⁹ Rogoza R., Donini L.M., *Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15*, The Author(s), 2020.

L'EHQ si compone di 21 *items* utilizzati per misurare la conoscenza, il comportamento e le emozioni che si riversano su un'eccessiva concentrazione per un'alimentazione sana.

Gli autori hanno creato una struttura a tre fattori dello strumento, con le seguenti sottoscale:

- 5 *items* che indagano i comportamenti alimentari “salutari.”
- 4 *items* che indagano gli “atteggiamenti positivi” verso un'alimentazione sana.
- 12 *items* che indagano gli eventuali problemi legati a un regime di restrizione alimentare finalizzato a scegliere solo alimenti salubri.

Il gruppo studiato risponde ai 21 *items* utilizzando una scala Likert a 4 punti (1= falso, non tutto vero; 2= leggermente vero, 3= principalmente vero, 4= molto vero): più alto è il risultato, maggiore è la probabilità che la diagnosi sia di ON. Il questionario EHQ presenta un'elevata integrità (Conoscenza EHQ, alfa di Cronbach = 0,90; Problemi EHQ, alfa di Cronbach = 0,82; Emozioni EHQ, alfa di Cronbach = 0,86).

Gli studi che hanno utilizzato il questionario EHQ sono stati condotti negli Stati Uniti dove quest'ultimo è stato sviluppato, tuttavia la versione inglese presenta due strutture fattoriali leggermente diverse. Gli autori sono concordi nel ribadire, nonostante la presenza di alcune differenze rilevate negli studi, che il questionario EHQ possiede un'elevata integrità e qualità psicometrica tale per cui può essere utilizzato per diagnosticare ON.

5.6.5 Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS)

Il questionario DOS è stato sviluppato nel 2015 da F.Barthels, F. Meyer e R. Pietrowsky.

La versione originale del questionario DOS è composto da 10 *items*, ma esiste anche una versione di 21 *items*. La versione più lunga di DOS è composta da tre sottoscale: “comportamento alimentare ortoressico” (10 voci), “evitare gli additivi” (6 voci) e “offerta di minerali” (5 voci).

Il gruppo studiato risponde agli *items* utilizzando una scala Likert a 4 punti (1= questo non si applica a me, 2= questo si applica poco a me, 3= questo si applica in qualche modo a me, 4= questo si applica a me). Il punteggio massimo che si può ottenere nelle 3 sottoscale è rispettivamente di 40, 24, 20. Maggiore è il risultato, più alta è la possibilità di comportamento ortoressico.

Sia il DOS a 10 *items* che il DOS a 21 *items* dimostrano un'elevata integrità, sono inoltre stati progettati per i paesi di lingua tedesca.

È disponibile la versione tradotta in inglese di DOS, che ha permesso la valutazione del rischio di ON nella popolazione anglofona ed ha portato alla versione cinese del questionario (C-DOS).

5.6.6 Teruel Orthorexia Scale (TOS)

La scala TOS è stata ideata nel 2018 a Teruel, in Spagna, da Barrad e Roncero.

E' una scala di autovalutazione dove il gruppo studiato risponde ai 17 *items* utilizzando una scala Likert a 4 punti (da “per niente d'accordo” a “molto d'accordo”).

I due ricercatori spagnoli hanno improntato la scala con la finalità di identificare due fattori:

- il primo fattore presenta un interesse non patologico per un'alimentazione sana noto come *Healthy Orthorexia* (HeOr), ed è composto da 9 *items*.
- Il secondo fattore presenta una dimensione patologica dell'Ortoressia (ON- OrNe), ed è composto da 8 item.

Il valore dell'alfa di Cronbach per HeOr è 0,85 e per OrNe è 0,81.

Il questionario TOS è disponibile in due versioni linguistiche: spagnolo e inglese.

5.6.7 Barcelona Orthorexia Scale (BOS)

La scala BOS è stata creata nel 2019 in Spagna (Barcellona) da Bauer, Fustè, Andrés e Saldaña.

Lo strumento si basa sui criteri diagnostici più recenti e sulla letteratura disponibile riguardo all'ON. Gli autori hanno applicato il metodo Delphi³⁰ ossia una metodologia della ricerca sociale che viene utilizzata in ambito clinico sanitario. L'applicazione di questo metodo risulta particolarmente utile nel condurre, in modo strutturato ed efficiente, indagini su aspetti della clinica per i quali non vi siano chiare e univoche indicazioni derivate dalle evidenze scientifiche oppure nelle situazioni in cui siano possibili diversi orientamenti alternativi tra loro.

Il gruppo di esperti era composto da ricercatori e clinici che si occupavano di disturbi alimentari.

La scala BOS è formata da 64 *items* suddivisi in 6 dimensioni o aree di contenuto così raggruppate: conseguenze negative per la salute cognitiva, emotiva, comportamentale, conseguenze negative per il funzionamento sociale o accademico e diagnosi differenziale.

Questa scala è disponibile in spagnolo ed inglese inoltre la sua attività psicometrica non è mai stata testata e non ci sono studi disponibili che si basano su di essa per valutare ON.

5.6.8 Orthorexia Nervosa Inventory (ONI)

L'Inventario dell'ON è stato creato nel 2020 da Oberle, De Nadai e Madrid.

L'ONI è composto da 24 *items* a cui il gruppo studio risponde utilizzando una scala Likert a 4 punti (1= decisamente non vero, 4= decisamente vero); questo strumento diagnostico si basa sugli strumenti EHQ e DOS.

³⁰ Definizione metodo Delphi, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/aprile-maggio/4>

Gli *items* sono così suddivisi nelle seguenti sottoscale:

- Menomazione fisica e sociale (menomazioni ONI- 10 *items*)
- Comportamento e assorbimento (comportamento ONI-9 *items*)
- Stress emotivo (emozioni ONI-5 *items*)

L'ONI è il primo strumento per la diagnosi di ON che include *items* che valutano le menomazioni fisiche, considerate da scienziati e clinici una componente chiave del disturbo. ONI riporta un'elevata integrità, con alfa di Cronbach = 0,94 per l'intero strumento e che va da 0,88 a 0,90 per scale diverse.

Questo strumento è disponibile soltanto in lingua inglese.³¹³²

5.7 Competenze dell'Assistente Sanitario nell'ambito della Prevenzione, Promozione ed Educazione Alimentare

5.7.1. Profilo Professionale dell'Assistente Sanitario

Con il decreto ministeriale del 17 gennaio 1997, n. 69 si definisce l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Assistente Sanitario. Il seguente Decreto definisce la figura professionale dell'Assistente Sanitario con il seguente profilo: “è l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è addetto alla prevenzione, promozione, ed educazione per la salute. L'attività dell'Assistente Sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero.

Egli opera principalmente a livello territoriale nell'ambito della medicina sociale, della tutela dell'igiene e sanità pubblica e ambientale, della ricerca epidemiologica, dell'assistenza sanitaria, della prevenzione e dell'educazione alla salute.

L'Assistente Sanitario interviene, inoltre, in tutte quelle situazioni che richiedono una vigilanza costante dello stato di salute e la definizione di programmi di prevenzione e di educazione alla salute mirati, capillari e continui.

L'Assistente Sanitario può svolgere la sua attività in strutture pubbliche e private, in regime di dipendenza o libera professionale”.³³

³¹ Niedzielski A., Kaźmierczak Wojtaś N. *Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools- A Literature Review*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021.

³² Atchison A.E., Zickgraf H.F., *Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature*, Appetite, 2022.

5.7.2. Piramide dei Bisogni di Maslow

La corretta rilevazione ed identificazione dei bisogni del singolo o di una comunità è una prerogativa essenziale per la predisposizione di un piano di intervento da attuare con la collaborazione di altre figure professionali coinvolte.

In questo contesto ci si avvale del modello motivazionale dello sviluppo umano proposto dallo psicologo statunitense Abraham Maslow, basato sul concetto di “*Hierarchy of Needs*” (gerarchia dei bisogni), divulgato nel libro “*Motivation and Personality*” del 1954.

Da qui la “Piramide dei Bisogni” una rappresentazione schematica, visuale dove quest’ultimi sono disposti gerarchicamente, in base alla quale la soddisfazione dei bisogni elementari (disposti sulla base della piramide) è il presupposto per fare affiorare i bisogni di ordine superiore.

La “Piramide dei Bisogni” di *Maslow* è suddivisa in cinque livelli:

- 1) Bisogni Fisiologici: situati alla base della piramide, sono i primi che devono essere soddisfatti perché connessi alla sopravvivenza fisica dell’individuo.
- 2) Bisogni di Sicurezza: categoria di bisogni legati alla necessità dell’essere umano di sentirsi al sicuro.
- 3) Bisogni di Appartenenza: categoria di bisogni che rappresentano la necessità dell’essere umano di far parte di un gruppo, come disse Aristotele, l’uomo è per sua natura un “animale sociale”.
- 4) Bisogni di Stima: categoria di bisogni che includono l’autostima e la fiducia nelle proprie capacità ma anche il rispetto e l’approvazione da parte degli altri.
- 5) Bisogni di Autorealizzazione: categoria di bisogni che stanno all’apice della piramide, includono lo sviluppo a pieno del proprio potenziale. Non sono bisogni statici, ma in continuo divenire e coinvolgono diversi ambiti della vita.

³³ Profilo professionale AS, tratto da <https://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale>.

Di seguito la rappresentazione grafica della “Piramide dei Bisogni” di *Maslow*.



Figura 2: Piramide dei Bisogni di Maslow³⁴

5.7.3. Ruolo dell'Assistente Sanitario nella predisposizione di programmi e attività di prevenzione dei DCA e dell'ON in settings specifici

I DCA sono divenuti nell'ultimo ventennio una vera e propria emergenza sanitaria e sociale per le conseguenze ragguardevoli che hanno sulla salute e sulla vita di bambini, adolescenti e giovani adulti.

Partendo da questo presupposto, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo risultano quindi fondamentali per la prognosi, in quanto la cronicizzazione di queste patologie aumenta la mortalità, che nei casi più gravi può avvenire solitamente per suicidio o per arresto cardiaco.

Secondo *la American Psychiatric Association* i DCA, in particolare l'AN, rappresentano la prima causa psichiatrica di morte nei Paesi occidentali e la maggioranza degli studiosi è

³⁴ Piramide dei Bisogni di Maslow, tratta da <https://www.psicologiadellavoro.org/la-piramide-dei-bisogni-di-maslow/>.

concorde nel riconoscere la multifattorialità e l'influenza esercitata dai *culture bound* (fattori socio-culturali).³⁵

In ottica di prevenzione di tali disturbi, in letteratura sono oggetto di comparazione i seguenti modelli³⁶:

1) *Disease Specific-Pathway model* (Dsp): adotta un approccio educativo didattico focalizzato sul disturbo.

2) *Non-specific Vulnerability Stressor-model* (Nvs): si propone di aumentare i fattori protettivi e la resilienza della persona, dei gruppi e della comunità, con l'obiettivo di ridurre la probabilità che il disturbo insorga.

Le Linee Guida Internazionali (APA, OMS) e le raccomandazioni della medicina basata sulle evidenze (evidence-based medicine, EBM) sono sempre più propense per il secondo modello, poiché è evidenziata l'importanza di realizzare programmi di prevenzione focalizzati sul potenziamento delle *Life Skills*.

Qualunque sia il tipo di intervento a carattere preventivo, esso richiede caratteristiche specifiche e ricorrenti quali:

- precocità
- continuità
- multiprofessionalità
- integrazione multisettoriale
- coinvolgimento e partecipazione dei soggetti coinvolti e del loro background

I settings di intervento dell'Assistente Sanitario nell'ambito della prevenzione dei DCA possono essere individuati principalmente nelle strutture del Consultorio Familiare e nella Scuola.

L'origine multifattoriale di questi disturbi rendono quindi la prevenzione e l'educazione degli strumenti essenziali per la figura dell'Assistente Sanitario.

Il modello di natura multifattoriale, dove le cause dei DCA sono di natura neurobiologica, genetica, psicologica, intrapsichica, relazionale e socio-familiare, illustra

³⁵ DCA, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>.

³⁶ DCA e prevenzione, tratto da <https://www.siridap.org/wp-content/uploads/2017/09/La-rete-dei-servizi-per-la-prevenzione-e-cura-dei-disturbi-del-comportamento-alimentare-nella-Regione-Toscana.pdf>.

l'insorgenza ed il mantenimento dei DCA attraverso 3 tipi di fattori di rischio che operano in modo concatenato:

1. Fattori predisponenti: aumentano la vulnerabilità di una persona a sviluppare un DCA come la presenza in anamnesi di casi di familiari che soffrono o hanno sofferto di un DCA, una bassa autostima, tratti ossessivi, perfezionismo, dipendenza da alcol/sostanze e complicanze alla nascita o in gravidanza.
2. Fattori precipitanti: costituiti da eventi o situazioni stressanti che inducono l'insorgenza del disturbo come lutti, separazioni e perdite di persone care, fallimenti scolastici, cambio scuola e aver subito bullismo.
3. Fattori cronicizzanti o di mantenimento: fattori psicologici, fisici e ambientali che impediscono il ritorno ad una condizione di salute equilibrata.

Proprio per l'eziologia multifattoriale, la prevenzione primaria dei DCA risulta difficile da concretare. I fattori di rischio, il più delle volte, non sono noti e, soprattutto, si può intervenire solo quando quest'ultimi sono modificabili. Infatti, non è possibile attuare interventi di prevenzione primaria in presenza di fattori genetici, di personalità o fattori familiari.³⁷

In letteratura si evidenzia l'inefficacia di interventi di prevenzione dei DCA nelle scuole basati solo sull'approccio educativo-informativo, in quanto può comportare negli adolescenti l'effetto inverso come l'attuazione di meccanismi di imitazione/identificazione.

Più che sui fattori di rischio, gli interventi e le attività di prevenzione dei DCA dovrebbero stimolare maggiormente attitudini, comportamenti e conoscenze che incentivano l'accettazione di sé ed il benessere psico-fisico.

In questa prospettiva, gli interventi messi in atto devono porre in analisi ed identificare, per poter poi rafforzare, i fattori protettivi come la capacità di *problem solving*, il *coping*, la capacità di comunicazione, piuttosto che concentrarsi unicamente sui fattori di rischio.

Nell'ambito della prevenzione secondaria può inserirsi con maggior efficacia il contributo dell'Assistente Sanitario, attraverso una importante sensibilizzazione di tutti gli attori appartenenti al contesto in cui l'intervento è rivolto.

La prevenzione secondaria si inserisce nello spazio di tempo compreso tra l'esordio della malattia e l'inizio della presa in cura, con l'obiettivo di identificare i casi il più

³⁷ DCA, perché si sviluppano, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/perche-si-sviluppano-i-dca/>.

precocemente possibile rispetto all'esordio della patologia. Il trattamento è più efficace se viene intrapreso nelle fasi precoci della malattia poiché minore è la durata dello stato di malattia, più favorevole è la prognosi.

L'Assistente Sanitario, in quanto figura cardine della prevenzione, dovrebbe inserire il suo intervento all'interno di un percorso di educazione e promozione alla salute, avvalendosi del supporto e del contributo di altre figure professionali e strutture coinvolte (Scuole, Consultorio Familiare) per favorire il lavoro di rete, la multidisciplinarietà, l'efficacia e l'efficienza della strategia preventiva messa in atto.

La Scuola rappresenta il *setting* favorevole per attuare politiche di prevenzione, educazione e promozione alla salute, in quanto rappresenta un ambiente dedito ed in grado di fornire gli strumenti e i professionisti necessari affinché i ragazzi imparino, sviluppino e potenzino le conoscenze, le *life skills* e le abitudini essenziali per condurre uno stile di vita sano e attivo anche una volta divenuti adulti.

Per realizzare ciò, è importante mantenere e rafforzare la "rete" di collaborazione e integrazione tra le politiche scolastiche per la salute, l'ambiente fisico e relazionale, potenziamento e mantenimento dei legami con la comunità di appartenenza, collaborazione con i servizi sanitari del territorio e sviluppo delle competenze individuali di ciascuno.

Le possibili attività in carico alla figura dell'Assistente Sanitario nell'ambito della prevenzione dei DCA all'interno delle scuole potrebbero essere così descritte:

- L'intervento iniziale in classe dovrebbe cominciare con un percorso sull'Educazione Alimentare per incentivare nei ragazzi la consapevolezza dell'importanza del binomio cibo-salute e favorire l'applicazione di comportamenti alimentari sani.
- Gli interventi non sono mirati unicamente al paradigma della prevenzione dei DCA, ma si focalizzano soprattutto sul paradigma della promozione della salute.
- Gli interventi non si focalizzano sulla prevenzione dei DCA tramite l'offerta di definizioni e criteri diagnostici ma concentrano il focus sull'implementazione delle *life skills* di ciascuno per attuare una prevenzione/promozione più universale del disagio o del benessere psicofisico.
- L'obiettivo degli incontri con i ragazzi e con le altre figure coinvolte deve essere quello di creare un ambiente in grado di riuscire a trasmettere l'importanza della promozione di comportamenti alimentari salutari, dell'attuazione di stili di vita attivi e di una corretta e positiva relazione con la propria immagine corporea favorendo lo sviluppo di un atteggiamento critico nei confronti dei messaggi veicolati dai mass media in relazione al peso alle forme corporee.

- Interventi che richiedono la partecipazione attiva dei ragazzi delle scuole, mirati alla promozione dell'educazione emotiva che rappresenta una risorsa per consentire la gestione critica degli stimoli esterni ma soprattutto consente la conoscenza e la consapevolezza di sé e l'abilità di comprendere gli altri a livello emotivo.
- Incontri/riunioni per sensibilizzare e sviluppare alleanze per l'attuazione di interventi di contrasto rivolti ai DCA con i genitori che rappresentano l'ambito familiare, gli insegnanti e gli allenatori, rappresentanti dell'ambito sociale e con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale e altri specialisti sanitari che consentono la connessione tra la scuola e i servizi sanitari del territorio.
- Incontri con i genitori e gli insegnanti per fornire un inquadramento clinico dei DCA, le loro manifestazioni e soprattutto come saper riconoscere i segnali di disagio o le richieste d'aiuto che spesso sono velate dagli adolescenti.
- Incontri con gli insegnanti, con il personale ATA e con i Dirigenti scolastici dedicati ad informare e ad educare all'osservazione e all'ascolto degli studenti che manifestano o che presentano comportamenti disturbati in relazione al cibo e alla propria immagine corporea.
- Presentazione della rete dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio per i DCA.

Un altro *setting* dove l'Assistente Sanitario può espletare il suo ruolo di professionista della prevenzione, educazione e promozione della salute è il Consultorio Familiare.

Il Consultorio Familiare è una struttura multi-professionale che eroga servizi di natura socio-sanitaria alla persona, alla coppia e alla famiglia nei diversi momenti del loro ciclo di vita.

Nell'ambito dei DCA, il Consultorio Familiare rappresenta una struttura sanitaria in grado di fungere da filtro e orientamento per le persone che presentano un DCA oppure una relazione disturbata con il cibo ed il proprio corpo. Attraverso i suoi servizi e la multi-professionalità dei professionisti presenti si identificano gli ambulatori specialistici per la presa in carico.

L'Assistente sanitario collabora con altre figure professionali del Consultorio nel suo intervento preventivo-educativo come lo psicologo, lo psichiatra, il nutrizionista, il dietista, l'infermiere.

Come l'attuazione dell'intervento preventivo-educativo richiede la collaborazione tra più figure professionali anche la cura del DCA esige di una presa in carico d'équipe.

Le possibili attività in carico alla figura dell'Assistente Sanitario nell'ambito della prevenzione dei DCA all'interno del Consultorio Familiare potrebbero essere così descritte:

- Accoglienza e valutazione della domanda dell'utente.

- Informare sulle attività e sui servizi offerti dal Consultorio nell'ambito dei DCA.
- Corsi di formazione e aggiornamento continui incentrati sui DCA, data la multifattorialità e complessità di questi disturbi, rivolti ai professionisti della salute che possono trovarsi dinanzi a quest'ultimi (ad esempio, pediatri, ginecologici, medici di medicina generale).
- Attività di raccordo tra le tre principali istituzioni: Famiglia-Scuola-Sanità.

Per quanto riguarda la prevenzione del potenziale disturbo da ON la questione è complessa.

Come già ribadito nei paragrafi precedenti, in particolare negli ultimi tre anni, si è assistito ad un rapido sviluppo della letteratura riguardo a questa condizione.

Sebbene gli apporti scientifici sull'ON siano cresciuti in modo esponenziale, negli ultimi anni non vi è tutt'oggi una chiara definizione sull'eziologia, sui fattori predisponenti, sulle modalità di valutazione e sull'eventuale diagnosi.

Nonostante queste incertezze, la letteratura e l'attività di ricerca concordano nel definire l'ON una condizione psicologica specifica e invalidante connessa alle scelte alimentari.

Questo suo mancato riconoscimento come etichetta diagnostica nel DSM-V e nell'ICD-11 rende difficoltose e incerte in particolare le azioni di prevenzione e di contrasto.

L'Assistente Sanitario, in questo contesto in continua evoluzione, potrebbe attuare interventi di educazione alimentare come per i DCA, ma soprattutto porsi alla guida di azioni mirate alla formazione degli altri professionisti sanitari, riportando le ultime evidenze della letteratura sull'ON, poiché è una condizione ancora poco conosciuta anche in ambiente sanitario.

Per le ripercussioni e i risvolti clinici e sociali che comporta questa condizione, sarebbe necessario raggiungere quantomeno una definizione diagnostica condivisa per poter poi predisporre adeguati interventi ed azioni mirate alla prevenzione.

Le azioni preventive messe in atto dall'Assistente Sanitario per l'ON non dovrebbero focalizzarsi solo sui fattori di rischio, che, come si è visto nei DCA, sono piuttosto inefficaci, quanto sui fattori protettivi, lavorando in sinergia e coinvolgendo anche altre figure professionali in modo da creare un'équipe multidisciplinare.

Come per i DCA anche la cura dell'ON necessita di un approccio multidisciplinare, poiché questa condizione coinvolge la sfera sociale, sanitaria e psicologica della persona che ne soffre.

Il contesto socio-culturale attuale non favorisce certamente l'adozione di uno stile di vita sano, poiché presenta condizioni contrapposte: da un lato vi è l'aumento del numero di soggetti che soffrono di obesità, dall'altro il comportamento ortoressico correlato al bisogno di

acquisire e mantenere un'alimentazione pura e salutare comportando un'ossessione patologica per il cibo.

In questo elaborato non è stato trattato il tema dell'obesità, poiché si è preferito concentrarsi sui DCA presenti nel DSM-V e ICD-11 per riuscire ad inquadrare e definire con più accuratezza il tema della revisione: l'ON.

Tuttavia, l'obesità è una condizione che necessita di una costante supervisione da parte dei professionisti sanitari perché rappresenta uno dei principali fattori di rischio per molte malattie croniche e perché è una condizione altamente prevenibile.

L'aggiornamento costante sulle ultime evidenze scientifiche rappresenta un'attività fondamentale per poter programmare interventi ed azioni, che siano efficaci per la riduzione dell'incidenza e della prevalenza di queste condizioni che rappresentano un problema di salute pubblica rilevante.³⁸

³⁸ DCA, la prevenzione, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/la-prevenzione/>.

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE

Scopo della presente revisione di letteratura è stato di fornire una panoramica esaustiva e aggiornata, con l'ausilio delle ricerche e degli studi esistenti, sull'ON, un potenziale disturbo alimentare emerso prepotentemente in questi ultimi anni.

Attraverso l'analisi della letteratura scientifica a disposizione sull'ON, si è cercato di approfondire ed individuare i criteri diagnostici proposti e ancora in via di definizione, i fattori di rischio e l'eventuale popolazione suscettibile, le similitudini e le differenze con i DCA e il DOC e gli attuali limiti che presentano gli strumenti psicometrici a disposizione.

Dall'analisi degli strumenti psicometrici disponibili si può affermare che ognuno di essi presenta dei limiti, motivo per il quale non è ancora stato creato ed identificato lo strumento più adatto per diagnosticare questa condizione.

Infine, ci sono sostanziali differenze diagnostiche tra gli strumenti tali per cui nessuno, fino ad ora, è stato utilizzato come Gold Standard.

Non avendo uno strumento di misurazione validato ed efficace, non si può sapere con certezza la reale prevalenza di ON nella popolazione.

Tuttavia, prima della costruzione di uno strumento diagnostico urge la necessità di arrivare ad una definizione diagnostica condivisa, che consenta l'inserimento dell'ON nel DSM-V e ICD-11.

È, infatti, di grande significatività clinica appurare se l'ON sia una categoria diagnostica distinta dagli altri DCA, come sembra dalla letteratura esaminata, pur essendo caratterizzata da disfunzioni nei comportamenti alimentari.

Come già ribadito in precedenza, le restrizioni dietetiche possono rappresentare un fattore di rischio importante per i DCA e sono elementi preponderanti nella possibilità di affermare che l'ON sia effettivamente una categoria diagnostica all'interno dei DCA, sebbene presenti delle similitudini anche con il DOC.

In questa situazione ancora in via di definizione, l'Assistente Sanitario, figura professionale emblematica nel campo della prevenzione, educazione e promozione della salute, può e deve provare a delineare degli interventi e delle azioni a scopo preventivo-educativo.

Partendo dal costante aggiornamento e revisionando la produzione di letteratura esistente sull'ON, l'Assistente Sanitario rappresenta la figura professionale in possesso delle competenze idonee per svolgere interventi informativi ed educativi anche agli altri operatori sanitari (medici, medici specialisti, infermieri, dietisti, nutrizionisti, psicologi).

Dall'analisi condotta i professionisti sanitari dovrebbero considerare la dieta e la sua frequenza come una possibile connessione con l'ON, inoltre sarebbe valevole considerare le caratteristiche che presenta l'Ortoressia nell'analisi dei DCA.

Nella formazione degli attori del contesto, l'Assistente Sanitario mette in pratica il ruolo di pianificatore, quale possessore di capacità motivazionale, di comunicazione efficace e visione generale e predittiva.

Ante alla formazione del personale sanitario, che coadiuva gli interventi preventivi-educativi, l'analisi della situazione d'avvio è fondamentale per conoscere la realtà e lo spazio in cui inserire il percorso di promozione/educazione.

I contesti di pianificazione individuati come *settings* più pertinenti in cui attuare i programmi di prevenzione dei DCA e dell'ON sono stati principalmente il Consultorio Familiare e le Scuole.

In particolare, la scelta della Scuola come setting in cui inserire questi programmi di prevenzione, non è casuale, ma è avvalorata dalle seguenti motivazioni:

- L'istruzione e la salute sono strettamente connesse.
- Il profitto scolastico e la promozione della salute sono strettamente interdipendenti.
- La formazione del personale scolastico sui DCA ed ON è fondamentale in quanto i ragazzi che si relazionano bene con l'ambiente scolastico, trovando adulti competenti, hanno minori probabilità di attuare comportamenti alimentari a rischio.
- Gli interventi educativi/formativi avvengono in un contesto che favorisce il coinvolgimento attivo dei ragazzi (*empowerment*).
- Gli interventi sono multifattoriali (nozioni e informazioni nutrizionali, cibo sano a merenda e se presente in mensa) e devono essere attivati sin dalla prima infanzia, mentre per gli adolescenti è più indicato il metodo della *peer education*, in quanto l'approccio educativo-informativo non produce cambiamenti comportamentali.

Anche il Consultorio Familiare risulta essere un *setting* efficace per l'attività dell'Assistente Sanitario nell'ambito della prevenzione dei DCA ed ON.

Costituisce un servizio in grado di orientare l'utente che si trova a vivere una situazione di difficoltà nell'ambito dei comportamenti alimentari disfunzionali, fa da "ponte" tra la scuola e i servizi sanitari, offre informazioni riguardo l'inquadramento clinico dei DCA e fornisce tramite la presenza di molteplici figure professionali, strumenti che permettono lo sviluppo di strategie per potenziare i fattori protettivi verso i disturbi alimentari.

Motivi per il quale il campo della prevenzione dei DCA e dell'ON rappresentano senza dubbio una sfida stimolante e complessa per la figura dell'Assistente Sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Atchison A.E., Zickgraf H.F., *Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature*, Appetite, 2022.
- Barbuti S., Fara G.M., Giammanco G., *Igiene e Medicina Preventiva Sanità Pubblica*, Napoli, EdiSES, 2014.
- Bratman S., *Orthorexia vs. theories of healthy eating*, Springer, 2017.
- Cena H., et al. *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature*, Springer Nature Switzerland AG, 2018.
- Cuzzolaro M., *Anoressie e Bulimie*, Bologna, il Mulino, 2014. Tratto da <https://www.sisdca.it/public/pdf/Dsm5.pdf>.
- Disturbo Alimentare Evitante/Restrittivo tratto da <http://jhce.padovauniversitypress.it/system/files/papers/JHCEP-2020-2-12.pdf>.
- DCA e prevenzione tratto da <https://www.siridap.org/wp-content/uploads/2017/09/La-rete-dei-servizi-per-la-prevenzione-e-cura-dei-disturbi-del-comportamento-alimentare-nella-Regione-Toscana.pdf>.
- Gkiouleka M., et al. *Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review*, Children, 2022.
- Niedzielski A., Kaźmierczak Wojtaś N. *Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools- A Literature Review*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021.
- Novara C., et al. *Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study*, The Author(s), 2022.
- Profilo professionale AS tratto da <https://www.asnas.it/index.php/professione/profilo-professionale>.
- Rogoza R., Donini L.M., *Introducing ORTO-R: a revision of ORTO-15*, The Author(s), 2020.
- Treasure J., Duarte T.A., Schmidt U., *Eating disorders*, Vol 395, The Lancet, 2020.
- Valente M., Syurina E.V., Donini L.M., *Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search*, The Author(s), 2019.

- Zagaria A., *Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis*, International Journal of EATING DISORDERS, 2021.

SITOGRAFIA

- Anoressia Nervosa, tratto da <https://www.stateofmind.it/anoressia-nervosa>. 29/08/2022
- Anoressia Nervosa e criteri diagnostici DSM-V, tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=4>. 29/08/2022
- Bulimia Nervosa, tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=4>. 29/08/2022
- Come si curano i DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/come-si-curano-i-dca/>. 21/09/2022
- DCA, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>. 10/12/2022
- DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/>. 20/09/2022
- DCA, la prevenzione, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/la-prevenzione/>. 12/10/2022
- Definizione metodo Delphi, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/aprile-maggio/4>. 30/10/2022
- Disturbi dell'alimentazione e COVID-19, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-disturbi-alimentazione>. 17/10/2022
- Disturbo da Ruminazione o Mericismo, tratto da <https://www.stateofmind.it/disturbo-da-ruminazione/>. 31/08/2022
- Come influisce l'alimentazione, tratto da <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/alimentazione>. 17/10/2022
- Perché si sviluppano i DCA, tratto da <https://disturbialimentariveneto.it/i-disturbi-del-comportamento-alimentare-dca/perche-si-sviluppano-i-dca/>. 12/10/2022

- Pica, criteri diagnostici DSM-V, tratto da
<http://www.dallegrove.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5-quali-sono-le-novita-riguardanti-i-disturbi-della-nutrizione-e-dell'alimentazione/>. 31/08/2022

- Piramide alimentare, tratto da
<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/p/piramide-alimentare#la-piramide-alimentare-italiana>. 09/10/2022

- Piramide alimentare ispirata alla dieta mediterranea, tratto da
<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/alimentazione/dieta-mediterranea-una-piramide-di-salute>. 10/10/2022

- Piramide dei Bisogni di Maslow, tratto da
<https://www.psicologiadellavoro.org/la-piramide-dei-bisogni-di-maslow/>. 10/10/2022

- Prima survey epidemiologica a livello nazionale sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, tratto da
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=da_lministero&id=5804. 26/10/2022

- PRISMA flow diagram, tratto da
<https://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>. 05/10/2022

- Servizi per la cura dei DCA, BED, tratto da
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4632&area=salute%20mentale&menu=DNA#:~:text=Rispetto%20alle%20pi%C3%B9%20frequenti%20diagnosi,e%20statistico%20dei%20disturbi%20mentali>). 31/10/2022

ELENCO GRAFICI

Grafico 1: Search query per Othorexia nervosa: risultati per anno.

ELENCO TABELLE

- Tabella 1: Strategia PICO per la formulazione dei quesiti di ricerca sull'ON.
- Tabella 2: History and search details query di ricerca in PubMed.
- Tabella 3: La tabella riporta gli studi principali inclusi nella presente revisione.
- Tabella 4: Differenze e caratteristiche comuni tra ON, DCA e DOC.

ELENCO FIGURE

- Figura 1: Piramide alimentare ispirata alla dieta mediterranea.
- Figura 2: Piramide dei Bisogni di Maslow.

ALLEGATI

- Allegato 1: Sinossi
- Allegato 2: Questionario ORTO-15
- Allegato 3: ORTO R: a revision of ORTO-15

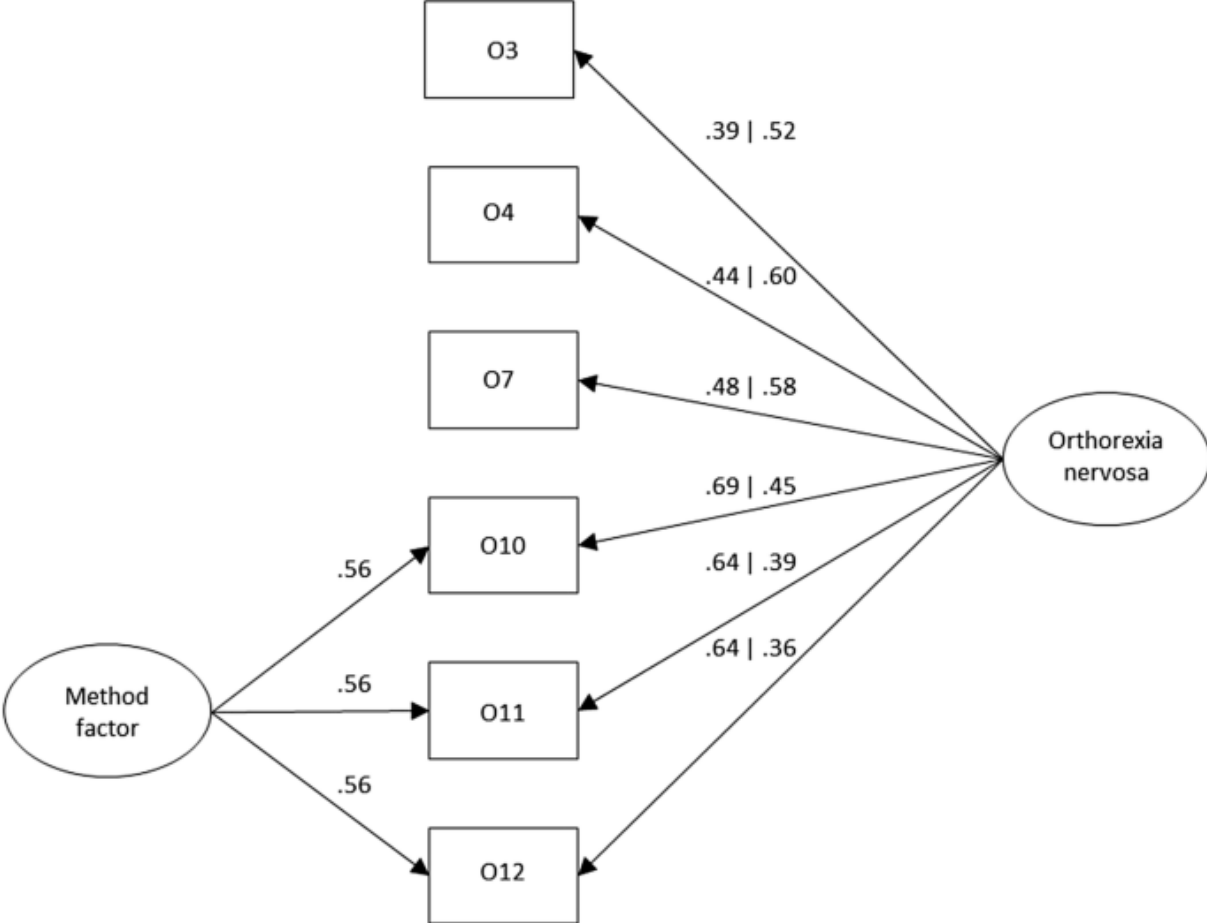
ALLEGATO 1: SINOSI

ARGOMENTO DI TESI	L'ON: un nuovo fenomeno patologico nella popolazione generale	
TIPOLOGIA DI TESI	Compilativa	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>I disturbi alimentari sono caratterizzati da un disturbo persistente del comportamento alimentare o correlato al cibo che si traduce in un consumo o assorbimento alterato di quest'ultimo tale da compromettere in modo significativo la salute e il funzionamento psicosociale. L'ON è un disturbo alimentare identificato di recente, coniato dal medico americano Bratman nel 1997. Il termine, creato dalle parole greche <i>orthos</i> (corretto) e <i>orexis</i> (appetito), descrive persone la cui attenzione per le diete "sane" porta a malnutrizione e menomazione della salute. Le persone con Ortoressia escludono gli alimenti che considerano malsani, manifestando quindi un'eccessiva ossessione per le fonti di cibo, i metodi utilizzati nella coltivazione dei prodotti agricoli o nella produzione, la trasformazione del cibo e i dati riportati sulle etichette degli alimenti. Attualmente l'ON non è inclusa come etichetta diagnostica nel Manuale diagnostico e statistico V (DSM V) o nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10 e ICD-11).</p> <p>In molti modi, tuttavia, la condizione si sovrappone a quella dell'anoressia nervosa. La differenza principale risiede nella motivazione sottostante all'assunzione di cibo alterata, infatti coloro che soffrono di ON si concentrano sulla qualità del cibo, mentre quelli con Anoressia Nervosa si concentrano principalmente sulla quantità di cibo. Il trattamento dell'ON non comporta alcun approccio terapeutico specifico, poiché non esiste una definizione ufficialmente condivisa. La letteratura disponibile evidenzia che il trattamento può essere basato su un approccio multidisciplinare e su un team di medici, psicoterapeuti e dietologi, che consente di combinare il contributo di farmacologia, psicoterapia e psicoeducazione. La maggior parte degli studi di prevalenza di ON nella popolazione si basa sul questionario ORTO 15 sviluppato dal medico Bratman. Gli studi che hanno utilizzato questo questionario sono stati condotti principalmente in Europa. L'ON, fra i quadri noti di disturbi del comportamento alimentare, suscita un interesse crescente, ma al momento non esiste una definizione universalmente condivisa, i criteri diagnostici sono in discussione e gli strumenti psicometrici utilizzati in letteratura hanno rivelato lacune.</p> <p>Si rende necessario procedere ad una revisione di letteratura riguardo tale problematica.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Come viene inquadrata l'ON? 2. Quali sono le evidenze in letteratura attualmente disponibili per diagnosticare tale disturbo? 3. Gli strumenti psicometrici disponibili per la diagnosi quali limiti presentano? 4. Quali sono i fattori di rischio che inducono all'ON? 5. Quale può essere il target di popolazione più suscettibile a questa patologia? 6. Quali sono le possibili attività in carico all'AS in tale setting e nei programmi di prevenzione dei DCA (Consultorio, Scuole)? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: in assenza di criteri e di strumenti diagnostici che consentano una chiara definizione di ON, una revisione critica della letteratura, esaustiva e aggiornata, si rivela fondamentale per poter delineare i futuri sviluppi delle attività di ricerca sul tema. Nello specifico il presente lavoro analizzerà le caratteristiche dei gruppi di popolazione a rischio, in chiave diagnostica e preventiva e gli attuali limiti dei questionari diagnostici disponibili. Dal punto di vista del ruolo dell'A.S. in questo ambito, la tesi evidenzierà i possibili interventi educativi e formativi da implementare nelle realtà scolastiche, di consultorio o in altri possibili setting.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione di strumenti diagnostici validati e non in letteratura: limiti attuali 2. Revisione dei manuali ICD-11 e DSM V 3. Ricerca bibliografica in banche dati scientifiche e revisione critica dello stato dell'arte 4. Individuazione dei fattori di rischio, età di esordio, popolazione coinvolta 5. Diagnosi differenziale con gli altri DCA 6. Ruolo dell'AS nelle attività di educazione e prevenzione dei DCA con focus specifico sull'Ortoressia. 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLO STUDIO	<p>Selezione di articoli di massima gerarchia delle evidenze. Eventuali linee guida sulla sana alimentazione</p> <p>CRITERI INCLUSIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setting educativi (scuole, consultorio familiare) • Target di popolazione specifici (adolescenti, giovani adulti) • Progetti di dimostrata efficacia
	STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> - Banche dati internazionali (PubMed, Google Scholar) - Riviste "Impattate" (Pubblicazioni Ufficiali) - ICD-11, DSM.V
	DURATA	DA LUGLIO 2022 a OTTOBRE 2022
METODI E TIPO DI ANALISI	Revisione Narrativa	
UU.OO. COINVOLTE	Unità di Igiene e Sanità Pubblica Università di Padova	

ALLEGATO 2: Questionario ORTO-15

ORTO-15				
	Always	Often	Sometimes	Never
1) When eating, do you pay attention to the calories of the food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) When you go in a food shop do you feel confused?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) In the last 3 months, did the thought of food worry you?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Are your eating choices conditioned by your worry about your health status?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Is the taste of food more important than the quality when you evaluate food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Are you willing to spend more money to have healthier food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Does the thought about food worry you for more than three hours a day?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Do you allow yourself any eating transgressions ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Do you think your mood affects your eating behavior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Do you think that the conviction to eat only healthy food increases self-esteem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Do you think that eating healthy food changes your life-style (frequency of eating out, friends, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Do you think that consuming healthy food may improve your appearance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Do you feel guilty when transgressing ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Do you think that on the market there is also unhealthy food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) At present, are you alone when having meals?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SCORING GRID FOR ORTO-15 TEST RESPONSES				
ITEMS	RESPONSES			
	Always	Often	Sometimes	Never
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

ALLEGATO 3: ORTO R: a revision of ORTO-15



RINGRAZIAMENTI

Vorrei esprimere dei sentiti ringraziamenti alla Prof.ssa Russo, alla Dott.ssa Nascimben e a tutti i professori che mi hanno accompagnato con professionalità ed empatia in questo mio percorso di studi.

In particolare sono grata alla gentilissima Prof.ssa Baldovin e alla Dott.ssa Amoruso per avermi indirizzato nella scelta dell'argomento per la stesura della relazione finale, fornendomi dei preziosi consigli e suggerimenti.

L'argomento che ho trattato è stato per me molto significativo anche per la mia storia familiari.

Con gratitudine,
Francesca Lucietto