Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
SUPSI
Dipartimento Sanità – DEASS

Il ruolo dell'ergoterapista nella riabilitazione di persone adulte obese con dipendenza dal cibo.

Una revisione della letteratura

Corso di laurea in Ergoterapia

Bachelor Thesis

di

Daphné Morier-Genoud

Direttore di tesi
Matthias Möller

Anno accademico 2016/2017

Manno, 21 luglio 2017

L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del Lavoro di Tesi.

Abstract

Background
Il concetto della dipendenza dal cibo è stato proposto per spiegare la prevalenza dell'obesità nel mondo già dagli anni 70'. Davanti all'urgenza del fenomeno sempre più crescente e delle problematiche sanitarie ed economiche ad esso legate, l'interesse dei ricercatori si è intensificato durante gli ultimi 10 anni portando ad una comprensione migliore dei processi neurologici inerenti lo sviluppo di metodi e strumenti differenti in tutti i rami della sanità. La scienza occupazionale, allo stesso modo dell'ergoterapia, focalizzandosi sul fare quotidiano, si sono interessate limitatamente fino ad oggi all'obesità non prendendo in considerazione l'aspetto della dipendenza dal cibo. L'ergoterapia è però una professione che può apportare un aiuto sostanziale in quanto la dipendenza dal cibo influenza ed è influenzata da fattori personali, occupazionali e ambientali, dimensioni che sono alla base dell'intervento ergoterapico.

Scopo
Lo scopo del lavoro è di indagare il ruolo dell'ergoterapista in relazione al tema dell'obesità come dipendenza dal cibo, e se gli approcci generali applicati dell'ergoterapia in caso di dipendenze classiche possono essere di rilevanza anche per la dipendenza dal cibo.

Metodologia
Questo lavoro di tesi consiste in una revisione della letteratura multidisciplinare. È stata realizzata una ricerca nelle banche dati CINHAL (EBSCO), Science Direct, Taylor and Francis, PsycInfo e SAGE Journals focalizzata sui trattamenti generali e gli interventi ergoterapici presso adulti obesi dipendenti dal cibo, con disturbo dell'alimentazione di tipo *binge-eating disorder* (BED) o con dipendenze classiche.

Risultati
Dagli articoli eleggibili e sottoposti ad un'analisi secondo i criteri di evidenza scientifica, sono stati selezionati 10 studi pubblicati tra il 2004 ed il 2016. La letteratura attuale rivela risultati contrastanti sulle diversi strategie ergoterapiche e delle altre discipline nella riabilitazione delle persone obese dipendenti dal cibo e/o con BED o con dipendenze classiche. Tuttavia, interpretando i risultati di questa revisione della letteratura si è evidenziata una possibile trasferibilità dei diversi interventi individuati, consentendo di proporre strategie potenzialmente efficaci in un intervento ergoterapico con persone obese dipendenti dal cibo.

Conclusioni
Dalla ricerca emerge che l'ergoterapista è una figura importante nella presa in carico multidisciplinare delle persone obese con dipendenza dal cibo. Tuttavia, la descrizione e il potenziale del suo ruolo richiedono maggiori approfondimenti e verifiche scientifiche. Considerare il concetto della performance occupazionale di Law et al. (1996), basato sull'interazione tra fattori personali, occupazionali e ambientali del nostro fare quotidiano e utilizzarlo in relazione all'attività del mangiare, potrebbe migliorare la presa in carico delle persone obese dal punto di vista della dipendenza dal cibo.

Parole chiave
Occupational therapy, obesity, food addiction, occupation, treatment, substance use disorders, adult.

Ringraziamenti

Ringrazio tutti coloro che mi hanno aiutata da vicino o da lontano nella scrittura e nelle riflessioni inerenti a questa tesi. Penso particolarmente al mio direttore di tesi Matthias Möller che si è dimostrato molto disponibile, attento ai miei dubbi o riflessioni, lasciandomi molta libertà nelle mie scelte e dimostrandomi fiducia nelle mie capacità di concludere questo lavoro. Ringrazio anche calorosamente la mia famiglia e i miei amici per il loro sostegno sia psicologico che logistico e senza i quali non sarei riuscita a finire questa formazione. Per finire ringrazio Michel Gorsatt della biblioteca DEASS per avermi aiutata a reperire certi articoli non accessibili e Andrea Ferrari per la correzione linguistica.

INDICE

1. Introduzione 1
1.1 Motivazione personale e professionale 1
1.2 Introduzione al tema 2
1.3 Obbiettivi del lavoro 3
1.4 Metodologia adottata 3
1.4.1 Revisione della letteratura 3
1.4.2 Ricerca del background 3
1.5 Piano del lavoro di tesi 4

2. L'obesità 4
2.1 Definizione, valutazione e diagnosi 4
2.2 Eziopatogenesi e conseguenze 5
2.3 Trattamenti attualmente proposti per la cura dell'obesità 5

3. Obesità e dipendenza al cibo 6
3.1 La dipendenza al cibo nelle persone obese: che validità e che tipo di dipendenza? 6
3.2 Fattori correlati alla dipendenza al cibo nelle persone con obesità 7
3.2.1 La produzione industriale del cibo 7
3.2.2 Dimensione affettiva 7
3.2.3 Disturbi psichici e del comportamento alimentare 8
3.2.4 Ruolo dello stress 9
3.2.5 L'ambiente 9

4. Le dipendenze classiche 10

5. L'ergoterapia, l'obesità e le dipendenze 11
5.1 Definizione e ruoli dell'ergoterapia 11
5.2 Ruolo dell'ergoterapia nell'obesità 12
5.3 Il significato dell'occupazione "mangiare" nella dipendenza al cibo 14
5.3.1 Panoramica dei comportamenti alimentari indotti dalla dipendenza al cibo 15
5.3.2 Strumenti di valutazione dei comportamenti alimentari 16
5.4 Dipendenza e ripercussioni sull'occupazione 16
5.5 Vedere la dipendenza come un occupazione 17

6. Conclusione del background e domanda di ricerca 17

7 Metodologia della ricerca 18
7.1 Banche dati 18
7.2 Parole chiave 18
7.3 Criteri di inclusione ed esclusione 19
7.4 Selezione degli articoli 19

8. Risultati 21
8.1 Valutazione critica 21
8.2 Presentazione dei risultati 21
8.2.1 Strategie psicologiche 24
8.2.2 Strategie occupazionali 24
8.2.3 Strategie di auto-aiuto, *Peer support e 12-step treatment programs* 26
8.2.4 Strategie motivazionali e di prevenzione delle ricadute 27
8.2.5 Strategie legate alla pianificazione dei trattamenti 27
8.2.6 Strategie multidisciplinari 28
8.2.7 Strumenti di valutazioni 28

9. Interpretazione dei risultati 29

10 Discussione dei risultati 32
10.1 Confronto tra risultati ottenuti e obiettivi del lavoro di tesi 32
10.1.1 Agire sulla persona e l'identità occupazionale per trovare il senso di sé 33
10.1.2 Agire sulle occupazioni e abitudini di vita per ritrovare un equilibrio occupazionale 34
10.1.3 Agire sull'ambiente fisico e sociale per mantenere uno stile di vita sano 35
10.2 Altre dimensioni da inserire nell'intervento ergoterapico 36
10.2.1 La *Mindfullness,* per una migliore consapevolezza 36
10.2.2 La spiritualità da senso alla vita e porta a comportamenti sani 37
10.2.3 Strategie concrete di vita quotidiana da applicare in un intervento ergoterapico 38
10.2.4 La promozione della salute 39
10.3 Limitazioni 40
10.4 Implicazioni per future ricerche 41

11. Conclusioni e valutazione personale del lavoro scritto 42

Bibliografia 44

Allegati I-VIII **..... 54**

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

AA	Alcoholic Anonymous
ADL	Activity of Daily Living
AJOT	American Journal of Occupational Therapy
APA	American Psychiatric Association
AVQ	Attività della Vita Quotidiana
BED	Binge Eating Disorder
BMI	Body Mass Index
CAOT	Canadian Associationof Occupational Therapy
CBT	Cognitive Behavior Therapy
CJOT	Canadian Journal of Occupational Therapy
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DBT	Dialectic Behavior Therapy
DCA	Disturbo del Comportamento Alimentare
ENOTHE	European Network of Occupational Therapy in Higher Education
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
IMC	Indice di Massa Corporea
IPT	InterPersonal Therapy
MCL	Sistema mesocorticolimbico
MOHO	Model Of Human Occupation
OA	Overeaters Anonymous
SUD	Substance Use Disorder

1. Introduzione

1.1 Motivazione personale e professionale

L'intento di questo lavoro di *Bachelor* è quello di indagare il ruolo dell'ergoterapista in relazione al tema dell'obesità come dipendenza dal cibo, un concetto che si sta imponendo nella letteratura scientifica degli ultimi 15 anni. Inoltre, si cercherà di determinare se gli approcci generali applicati dell'ergoterapia in caso di dipendenze classiche possono essere di rilevanza anche per la dipendenza dal cibo.
Questo interesse per i pazienti affetti da obesità[1] è scaturita da un percorso personale di ricerche sull'alimentazione iniziato 5 anni fa in seguito all'incomprensione del pediatra rispetto all'eczema persistente di mio figlio di un anno. Grazie ad un cambiamento di alimentazione e, in questo caso, eliminando i latticini, il problema è stato risolto: rimuovendo la causa dell'eczema, il sintomo è sparito. Questa dinamica è stata una rivelazione per me, oltre ad una conferma rispetto al mio ruolo di ergoterapista da collocare in un ambito di lavoro prevalentemente impostato sul riconoscimento delle cause del problema anziché la riduzione dei sintomi. Il cambio di abitudini alimentari adottato in famiglia, mi ha reso consapevole della complessità delle dinamiche legate al "nutrirsi" e della difficoltà di cambiare gli abitudini; ovvero, come le dimensioni culturale, commerciale, psicologiche o spirituali influenzino le nostro scelte alimentari incidendo sul nostro benessere e sulla salute in modo cosciente ma spesso anche inconsapevolmente.
Nelle lezioni seguite all'interno del modulo Ergoterapia e Salutogenesi presso la DEASS/SUPSI, ho riscontrato che la promozione della salute o la prevenzione delle malattie è ben presente nel lavoro dell'ergoterapista. Le lezioni sui nuovi ambiti dell'ergoterapia relativi ai disturbi alimentari ed alle dipendenze, le lezioni in psichiatria e in particolare la *Mindfullness,* mi hanno incuriosita favorendo nuovi spunti di riflessione. È stato quindi per me consequenziale impostare una tesi che potesse approfondire il tema dell'alimentazione e dell'attività del "mangiare" da un punto di vista più simbolico che funzionale, focalizzandomi sulla dipendenza dal cibo; ciò al fine di comprendere su quali aspetti agire sia nei confronti della persona o del suo ambiente quotidiano, per trasformare tale attività in una scelta sana.
Instaurare buone abitudini alimentari o uno stile di vita sano possono sembrare azioni di facile applicazione e il buon senso vorrebbe che noi tutti le seguissimo. Ad esempio, quante persone fumano sapendo che è nocivo per la salute? La stessa cosa accade con il cibo; pur sapendo che alimenti troppo grassi o zuccherati incidono negativamente sulla salute, vengono continuamente consumati dagli adulti e poi proposti anche ai propri bambini. È questo paradosso che vorrei evidenziare attraverso questa ricerca, peraltro ancora più presente nella persona obesa in quanto la fisicità diventa parte attiva della problematica. Di fato, è interessante approfondire questa patologia dove l'alimentazione è protagonista nella quotidianità. Inoltre, penso che una terapia adeguata, permetterebbe non solo di recuperare la salute fisica ma anche ritrovare un equilibro psichico, una nuova via spirituale che sarà il trampolino verso la realizzazione personale.

[1] In questo lavoro, diversi termini sono stati utilizzati per definire le persone che soffrono di obesità:

1.2 Introduzione al tema

Oggigiorno quasi un essere umano su sei sta sperimentando la fame cronica. Ogni anno la carestia uccide circa 6 milioni di bambini dall'età di 5 anni in giù e quelli che sopravvivono, soffrono spesso di disabilità fisiche o mentali. Paradossalmente, mentre tanti milioni di persone stanno soffrendo di fame in qualche parte del mondo, altrettanti milioni mangiano in modo esagerato, "riempiendosi letteralmente a morte" (Haviland, Prins, McBride, & Walrath, 2011 p 367).
L'obesità ha raggiunto le proporzioni di un epidemia con circa 600 milioni di persone nel mondo, ossia 13% della popolazione mondiale (WHO, 2014). Fondate sull'evidenza della diretta correlazione tra l'obesità e una minore aspettativa di vita (S.I.O. & A.D.I., 2017), come sul fatto che l'obesità sia correlato ad un rischio maggiore di malattie acute e croniche (Reingold & Jordan, 2013), diverse strategie si sono sviluppate per cercare di ridurre il peso corporeo delle persone obese e mantenere delle abitudini di vita più idonee: dalle politiche di trasporto alle norme di etichettatura degli alimenti, ai cambiamenti di stile di vita ed ai trattamenti più mirati come i farmaci o la chirurgia (Douglas, Bhaskaran, Batterham, & Smeeth, 2015).
Negli ultimi 30 anni, ad amplificare i comportamenti alimentari non sani è stato lo sviluppo della produzione e della distribuzione di *junk-food*[2] a buon mercato ed un marketing esponenziale ad esso correlato, in aderenza ad un aumento delle dimensioni delle porzioni ed alla diminuzione della proposta di cibo sano (Reingold & Jordan, 2013). Anche l'OMS (2014) identifica tra le tre cause chiave dell'obesità, l'aumento del consumo di cibo ad alto livello energetico e ad alta concentrazione di zuccheri e grassi. Queste problematiche avevano suscitato l'interesse dei ricercatori già dagli anni '60, solo però in quest'ultimo decennio ha visto svilupparsi un concetto che sta diventando sempre più studiato nel mondo scientifico: il cibo, e particolarmente quello *palatable*[3] (con un gusto altamente piacevole), potrebbe creare dipendenze nello stesso modo dell'abuso di farmaci (Yau, Gottlieb, Krasna, & Potenza, 2014), di alcool o droga (Locatelli, Boulanouar, Pataki, & Golay, 2017). È stato anche stabilito che una parte delle persone obese presenterebbe un disturbo del comportamento alimentare (DCA) del tipo *Binge-eating*[4] (BED) che, con la sua caratteristica di "perdita di controllo" (American Psychiatric Association, 2013), lascia anche pensare ad una possibile dipendenza al cibo (Goodrick & Foreyt, 1991). Questo concetto è relativamente nuovo (Locatelli et al., 2017) e spiega l'assenza di letteratura nella pratica dell'ergoterapia in merito. Inoltre le ricerche sull'obesità, sui disturbi del comportamento alimentare e sulle dipendenze sono di recente esplorazione nella scienza occupazionale[5] e risultano non correlati tra di loro. Considerare che l'incremento dell'epidemia di obesità nel mondo potrebbe avere quale causa principale un consumo esagerato e incontrollato di cibi industriali introdotti sul mercato durante le ultime decadi (Yau et al., 2014), avrebbe delle implicazioni importanti a livello di interventi riabilitativi ma anche delle politiche sanitarie. Un disturbo da uso di sostanze, come definito oggi dal DSM-5, interviene sulla vita occupazionale dell'individuo (American Psychiatric Association, 2013),

---

[2] Cibo già pronto con scarso valore nutrizionale (Oxford Living Dictionaries, 2017), nocivo per la salute, facile da preparare e da mangiare, cibo spazzatura (Dizionario Cambridge, 2017).

[3] I termini *palatable* o *hyper-palatable* saranno utilizzati in questa revisione per definire un tipo di cibo con un gusto altamente gradevole (*junkfood)*.

[4] Ricorrenti episodi di abbuffate (DSM-5, 2013)

[5] La scienza occupazionale è la scienza della vita quotidiana, creata per fornire delle basi scientifiche alla pratica dell'ergoterapia ed al fine di capire l'influenza dell'occupazione sulla salute e il benessere (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2008).

suggerendo un ruolo cruciale degli ergoterapisti nella riabilitazione dalle dipendenze; gli ergoterapisti hanno le competenze necessarie per correggere i deficit nella performance occupazionale e promuovere lo sviluppo di schemi di occupazione ed ambienti sani che incoraggino l'astinenza o la riduzione dell'uso di sostanze (Pritchard, Kaneshiro, & Wasmuth, 2015). Nello stesso modo, l'ergoterapia è un intervento valido per la presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare in quanto la comprensione delle ripercussioni sull'equilibrio occupazionale è fondamentale per agire sui diversi aspetti compromessi della persona, della sua performance occupazionale e del suo ambiente (Singlehurst, Corr, Griffiths, & Beaulieu, 2007); (Robinson, Kane, & Leicht, 2005).

1.3 Obbiettivi del lavoro

Questo lavoro si fonda sull'ipotesi che la prevalenza dell'obesità sarebbe legata ad una dipendenza al cibo in grado di agire sull'individuo nello stesso modo delle altre dipendenze come alcool, fumo o gioco di azzardo. Si vuole quindi determinare se gli interventi ergoterapici attuali, specifici per le problematiche di dipendenza, sono trasferibili e applicabili alla assuefazione al cibo nelle persone affette da obesità. Una seconda ipotesi sarebbe dunque che l'intervento ergoterapico nelle persone obese, avvalendosi dei metodi già utilizzati nella riabilitazione delle persone con dipendenze, potrebbe avere esiti migliori in confronto agli interventi attualmente proposti.

1.4 Metodologia adottata

1.4.1 Revisione della letteratura

Una revisione della letteratura sintetizza ed analizza in modo critico, valutando le ricerche disponibili su un argomento specifico in un modo organizzato; essa utilizza il lavoro più significativo, recente e scientifico inerente il problema di ricerca (Royal Melbourne Institute of Technology, 2017). Il tema di questo lavoro fa parte degli ambiti attuali e/o futuri nella pratica dell'ergoterapia ed è quindi interessante utilizzare la revisione della letteratura poiché permette di allineare il lettore alla letteratura scientifica corrente (Whittemore & Knafl, 2005) e, in base all'esito della ricerca, costituisce una base su quale appoggiarsi per lo sviluppo di un ulteriore approfondimento del tema(Cronin, Ryan, & Coughlan, 2008).

1.4.2 Ricerca del background

Diversi libri di testo, articoli scientifici e siti internet sono stati utilizzati per la redazione del quadro teorico, ovvero il *background* che tratta le tematiche dell'obesità e delle dipendenze cercando di includere il punto di vista ergoterapico ma anche altri approcci nella fattispecie quelli medicale, psicologico, sociale o antropologico. A tale scopo L'ICD-10 e il manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), i libri di testo come "*Health and Treatment Strategies in Obesity", "Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment" "Cultural Anthropology: The Human Challenge*" e i siti internet come il sito dell'APA *(American Psichological Association), il sito* della WHO o i siti delle associazioni di ergoterapisti in Svizzera (ASE), in America (AOTA) o in Canada (CAOT) si sono rivelati interessanti e rilevanti fonti di informazioni.

1.5 Piano del lavoro di tesi

Per raggiungere gli obiettivi posti e seguendo le indicazioni evidenziate dal Royal Melbourne Institute of Technology (2017), questa revisione si articolerà come segue:

- I capitoli da 2 a 6 del corpo centrale di questo lavoro riguardano le parti introduttive ossia teoriche che permettono di approfondire gli aspetti generali legati all'obesità, individuare lo stato dell'arte degli interventi ergoterapici specifici per l'obesità, approfondire il legame tra obesità e dipendenza al cibo secondo il punto di vista dei diversi professionisti della salute e le diverse strategie di trattamento proposte,
- Il capitolo 7 riguarda la metodologia della ricerca e presenta la procedura secondo la quale sono stati selezionati gli articoli scientifici.
- Il capitolo 8 si concentra sui risultati e permette di identificare i trattamenti ed interventi ergoterapici attualmente proposti nella presa in carico delle persone con dipendenza al cibo, con dipendenze classiche e/o con BED.
- I capitoli 9 e 10 interpretano e discutono i risultati tramite l'analisi dei dati raccolti e identificano i nessi tra la presa in carico delle persone con obesità e quella delle persone con dipendenza classica. Inoltre descrive gli sviluppi e le implicazioni per la pratica professionale dell'ergoterapia.
- Il capitolo 11 conclude e riassume i risultati specifici in risposta alla domanda di ricerca e valuta il percorso personale dell'elaborazione di questo lavoro.

2. L'obesità

Il quadro teorico inizierà con un capitolo sull'obesità, a prescindere dalla dipendenza dal cibo, in modo tale da spiegare la complessità di questa malattia e poter distinguere in seguito più facilmente i nessi tra la presa in carico delle persone con obesità e quella delle persone con dipendenza o con disturbo del comportamento alimentare di tipo BED.

2.1 Definizione, valutazione e diagnosi

Il sovrappeso e l'obesità si definiscono come un accumulo anormale o eccessivo di grasso corporeo che può nuocere alla salute (WHO, 2015). Il termine obesità viene dal latino *obesus*, derivazione di "edere" ovvero mangiare e della particella intensiva "ob"; la traduzione letterale è quindi "colui che ha ecceduto nel mangiare" (Sharma & Kushner, 2009). L'obesità è una malattia cronica che provoca problemi metabolici e favorisce lo sviluppo di malattie acute e croniche, tra cui il diabete di tipo 2, apnea nel sonno, lombalgia cronica, ipertensione, iperlipidemia, molteplici forme di cancro, malattie cardiovascolari, ictus, malattie del fegato e della vescica, artrosi, artrite e complicazioni a livello riproduttivo tra cui infertilità. È anche direttamente legata ad un aumento del tasso di mortalità (Reingold & Jordan, 2013).
L'indice di massa corporea (IMC), in inglese *Body Mass Index* (BMI), è la misura più attendibile del sovrappeso e dell'obesità, conferisce tuttavia un'indicazione approssimativa del grado di adiposità che può essere variabile da una persona all'altra (WHO, 2015). Essa mette in relazione la massa corporea e la statura di una persona adulta. Si ottiene dividendo il peso espresso in kg per il quadrato dell'altezza espressa in metri: IMC = massa corporea (Kg) / statura (m2) (Reingold & Jordan, 2013). L'Organizzazione Mondiale della Salute considera obesa una persona di cui l'IMC è ≥30. La

categoria “obesità” è suddivisa in *class* I (BMI da 30 a 34,99), *class* II (BMI da 35 a 39,99) e *class* III (BMI ≥40). Altri approfondimenti sulla storia, l’epidemiologia e la valutazione dell’obesità sono presentati nell’*Allegato I* p 55.

2.2 Eziopatogenesi e conseguenze

In Svizzera l’obesità, insieme ad altri fattori, è vista come il risultato di uno squilibrio tra abitudini alimentari e comportamenti legati all’attività fisica (Ufficio Federale di Statistica, 2014). A livello mondiale, si osserva una consumazione maggiore di alimenti ipercalorici ricchi di grassi ed un abbassamento sempre più importante dell’attività fisica a causa della natura sedentaria di numerose categorie di lavori, dell’evoluzione delle modalità di trasporto e dell’urbanizzazione (WHO, 2015). L’accesso facile al “junk-food” a buon mercato ed un esponenziale incidenza del marketing ad esso correlato, l’aumento della dimensione delle porzioni, la diminuzione della proposta sana di cibo e delle attività fisiche nelle scuole, la mancanza di sicurezza per le attività all'aperto nelle aeree a basso reddito e la crescente popolarità delle attività sedentarie, hanno contribuito al rapido aumento del sovrappeso e dell'obesità in età infantile con evidenti ripercussioni nell’età adulta (Reingold & Jordan, 2013; Vaidya, 2006).
Tuttavia, secondo Haviland, Prins, McBride, & Walrath (2011) un altro fattore chiave è l’alto contenuto di zuccheri e grassi nei cibi destinati al consumo di massa. Così in Giappone, dove le abitudini alimentari differiscono significativamente da quelle americane, il tasso di obesità supera appena il 3% della popolazione. Inoltre, un crescente numero di evidenze neuroscientifiche e cliniche mettono in evidenza la stretta correlazione tra obesità e stress psicosociale, dimostrando analogie con le caratteristiche di dipendenza sia per il comportamento compulsivo o il profilo di personalità, sia per gli effetti sulle aree del cervello relative al processo di compensazione: motivazione, prendere decisioni, apprendimento o processi legati alla memoria (Jauch-Chara & Oltmanns, 2014). Le conseguenze dell’obesità sulla vita quotidiana sono multiple: Reingold & Jordan (2013) parlano di disagio psicologico, di discriminazione, di limitazioni fisiche nelle attività di vita quotidiana (AVQ). La stigmatizzazione associata all’obesità comincia nell’età infantile e causa di fenomeni sociali quali il bullismo od altri disturbi psichici. Le attitudini negative esistono anche tra i professionisti della salute con la conseguenza di impedire ai pazienti di ottenere aiuto per i loro disturbi, aggravando i loro problemi, aumentando il *bias* e la distanza tra loro e il sistema sanitario (Vaidya, 2006). Un altro impatto importante dell’obesità è di carattere economico (8 miliardi di franchi per anno in Svizzera) e, secondo l’Ufficio federale della sanità pubblica (2017), è urgente attivare misure per promuovere un peso corporeo sano. Altri dati più dettagliati sulle ripercussioni dell’obesità sono sviluppati nell’*Allegato II* p 57.

2.3 Trattamenti attualmente proposti per la cura dell’obesità

Si osserva un’espansione continua dei servizi di presa in carico dell’obesità nei settori seguenti: ricerca medica, prevenzione, nutrizione, esercizio fisico e modificazione del comportamento (Reingold & Jordan, 2013). Visto il carattere cronico dell’obesità e la complessità delle dinamiche fisiche, psichiche e sociali legate a questa malattia, i professionisti della salute concordano sul fatto della necessità di un interdisciplinarità della presa in carico che preveda un partenariato con i pazienti, un processo di apprendimento e di un cambiamento in profondità, come un seguito a lungo termine del paziente (Sittarame et al., 2014). I trattamenti attualmente proposti si concentrano su

una presa in carico medicale e nutrizionale, sull'attività fisica, sull'approccio cognitivo-comportamentale, su trattamenti farmaceutici e sulla chirurgia bariatrica (Corminboeuf & Giusti, 2014). Purtroppo, nella maggior parte dei casi, queste proposte conoscono un successo limitato nel tempo con il riguadagno del peso entro 5 anni (Rosenberg & Curtiss Feder, 2014). Questa difficoltà a curare pazienti obesi e, nello stesso tempo, a ridurre la prevalenza dell'obesità nel mondo, riflette l'eterogeneità e la complessità dell'obesità (Jauch-Chara & Oltmanns, 2014); questa malattia risulta da vari fattori di cui alcuni difficilmente controllabili come l'ambiente sociale e culturale, che però hanno un'influenza enorme sui comportamenti alimentari e le scelte di stile di vita (Pool, Delplanque, Coppin, & Sander, 2014). Si ritiene inoltre che, tutti gli interventi attuali, hanno vocazione a ridurre il peso invece di affrontare una delle cause più comuni dell'aumento di peso e dell'obesità: una disregolazione del comportamento alimentare (Leigh & Morris, 2016). I diversi trattamenti attualmente proposti per la presa in carico delle persone con obesità sono descritti in dettaglio nell'*Allegato III* p 59.

3. Obesità e dipendenza al cibo

In questa sezione sono presentati i fattori alla base della dipendenza dal cibo a secondo della ricerca attuale. Considerando eterogeneità e la grande quantità di informazioni identificata sull'argomento, le parti seguenti si concentrano sui fattori potenzialmente correlabili alla pratica dell'ergoterapia. Altri risultati e approfondimenti sono disponibili nell'*Allegato IV* p 66.

3.1 La dipendenza al cibo nelle persone obese: che validità e che tipo di dipendenza?

La validità della concettualizzazione dell'obesità come semplice disturbo di dipendenza al cibo può sembrare semplicistico e la sua fondatezza crea dibattiti nella letteratura scientifica (García-García et al., 2014; Chao et al., 2017). La ricerca neurobiologica e la *neuroimaging* hanno rivelato delle sovrapposizioni dei criteri della dipendenza nei soggetti con dipendenze chimiche e non chimiche (Bellio, 2016). La dipendenza al cibo potrebbe quindi essere considerata come un disturbo comportamentale però rispecchia anche i criteri di dipendenza alle sostanze (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). Ci sono evidenze riguardo la creazione di dipendenza di alcuni cibi nella stessa maniera del abuso di sostanze (*Substance Use Disorder* o SUD), per gli effetti similari che provocano sul sistema dopaminergico e opiadergico (Eichen, Lent, Goldbacher, & Foster, 2013; Rosenberg & Curtiss Feder, 2014), nelle strutture cerebrali implicate nei processi di ricompensa, motivazionali (García-García et al., 2014) e di tolleranza (il bisogno crescente di sostanze per ottenere lo stesso effetto) (Pearson & Craighead, 2015). Come l'alcool e la droga, il cibo potrebbe interessare gli stessi circuiti neuronali, le stesse strutture nel nostro cervello (Locatelli et al., 2017). Yau et al. (2014) suggeriscono che certe parti del cervello che sono in connessione con l'ipotalamo sono coinvolte nel controllo cosciente edonistico del mangiare; esse stabiliscono processi cognitivi e emozionali che rinforzano le proprietà del cibo come uno stimolo di piacere e di ricompensa. Mentre è a volte difficile distinguere il bisogno di mangiare dal piacere di mangiare, il valore della ricompensa del cibo prevarrebbe sul segnale fisiologico di fame o di sazietà (Vaidya, 2006). Tuttavia, malgrado le evidenze scientifiche sul tema, Carter et al. (2016) suggeriscono che la letteratura è ancora insufficiente e che ulteriori ricerche sono necessarie per validare il concetto di dipendenza dal cibo.

Mentre la dipendenza al cibo non è ancora riconosciuta clinicamente come un "disturbo", è stato recentemente cambiato nel DSM-5 la denominazione del gioco d'azzardo patologico in disturbo da gioco d'azzardo (Gambling Disorder) e spostato nella categoria delle dipendenza (*Substance-Related and Addictive Disorders*). Questa modifica è l'espressione di un cambiamento epistemologico che riguarda tutte le dipendenze in generale, sostenuta da ricerche scientifiche che dimostrano che le similitudini tra il disturbo da gioco d'azzardo e le dipendenze chimiche andavano "ben aldilà della fenomenologia comportamentale" (Bellio, 2016, p1). Nello stesso modo, García-García et al. (2014) spiegano che l'obesità non può essere semplicemente concepita come un disturbo di abuso da sostanze o come un disturbo comportamentale perché presenta similarità con entrambi i disturbi. Il concetto di dipendenza sta quindi evolvendo verso l'idea che ogni forma dovrebbe essere classificata come "desiderio insolitamente forte e inadatto per il piacere (o la riduzione della sofferenza), indipendentemente dalla fonte di ricompensa" (Davis et al., 2011).

3.2 Fattori correlati alla dipendenza al cibo nelle persone con obesità

3.2.1 La produzione industriale del cibo

Dagli anni '60, la produzione di cibo con tecnologie industriali si è sviluppata su larga scala ed è diventata efficiente. Il fenomeno dell'obesità ha iniziato ad acquisire notevole importanza in questo periodo dove la gente ha cambiato stile di vita orientandosi verso una dieta basata su cibi trasformati o in scatola (Haviland et al., 2011).
Il nostro ambiente abbonda di cibo industriale già pronto, pubblicizzato, commercializzato, confezionato e distribuito a prezzo molto basso (Yau et al., 2014). I cibi preferiti sono diventati quelli ad alto contenuto di grassi, zuccherati o salati, sostanze queste, generalmente presenti in piccole quantità nelle diete dei nostri antennati (Armelagos, 2014). In America, secondo un rapporto del dipartimento dell'agricoltura il consumo di bibite zuccherate gassose è aumentato di quasi 500% degli ultimi 50 anni (Morris, Beilharz, Maniam, Reichelt, & Westbrook, 2015).
Secondo uno studio di Davis e al. (2011), gli addolcitori potenti come lo sciroppo di mais ad alto tasso di zuccheri raffinati come il fruttosio (HFCS) potrebbero creare dipendenza e sono presenti in una grande varietà di alimenti trasformati. Diversamente dal glucosio, il fruttosio altera la leptina e il rilascio dell'insulina che regolano il sistema di sazietà, aumentando la sensazione di fame e creando un desiderio di consumo indipendente dalle esigenze energetiche (Smeets, de Graaf, Stafleu, van Osch, & van der Grond, 2005). Le nostre cellule hanno bisogno di zucchero per vivere tenuto conto che le molecole devono però provenire della natura (frutta, verdura e cereali integrali) e non dai processi chimici dell'industria alimentare che sregolano l'organismo (Di Modugno, 2012). Altre sostanze spesso presenti nel cibo industriale come la maltodestrina o l'aspartame sono oggetto di ricerche per determinare il loro ruolo nella dipendenza al cibo (Smeets et al., 2005).

3.2.2 Dimensione affettiva

La dipendenza al cibo è associata a ripercussioni negative come disturbi dell'umore, alterazione delle emozioni, tendenza allo stress e ad una scarsa stima di sè (Davis et al., 2011). La ricerca suggerisce inoltre che, individui con dipendenza al cibo, potrebbero utilizzare un suo consumo eccessivo come strategia di *coping* per la loro grande sofferenza emotiva, similarmente agli individui con SUD nei quali la depressione

e l'ansietà potrebbero servire come innesco all'uso di sostanze (Yau et al., 2014). Pearson & Craighead (2015) parlano di fame emozionale e specificano che, indipendentemente del fatto che certi alimenti possano creare una dipendenza biologica o no, essi possono anche funzionare come una dipendenza psicologica: il cibo conforta ed aiuta ad affrontare i pensieri ed i sentimenti sgradevoli, nello stesso modo che altre sostanze calmano sentimenti negativi o procurano del piacere.
Nello stesso modo Power (2005) riconduce il cibo ad un'alterazione dell'umore ed incidente sulla scelta del tipo di alimento: sostanze gommose che richiedono un movimento forte della mascella sono potenzialmente consumate da una persona arrabbiata, mentre zuccheri e caffeina possono stimolare e migliorare l'umore, alimenti più pesanti vengono consumati per mitigare sentimenti di solitudine. Inoltre, è stata riscontrata una forte correlazione tra impulsività e dipendenze alle sostanze e comportamentale (Davis et al., 2011); l'impulsività favorirebbe i comportamenti con ricompensa immediata come il consumo di droga o di cibo *palatable* e questo malgrado la conoscenza delle conseguenze negative sulla propria salute. Secondo una revisione della letteratura di Carter et al. (2016), le persone con un *BMI* alto o con BED hanno un tasso di impulsività più alto e sono meno coscienziosi, tratti della personalità condivisi dai soggetti dipendenti alle sostanze. Secondo loro, l'impulsività e la coscienziosità rappresentano aspetti della personalità che influenzano sostanzialmente le scelte di vita sane e i comportamenti alimentari in due direzioni opposte.

3.2.3 Disturbi psichici e del comportamento alimentare

Caratterizzate da compulsioni, comportamenti disfunzionali ripetuti e perdita di controllo, i disturbi dell'alimentazione descritti dal DSM-5 (2013) dimostrano sovrapposizioni considerabili con i comportamenti attribuiti alle dipendenze (Leigh & Morris, 2016). L'obesità comporta aspetti molto eterogenei e la letteratura indica che certi sottogruppi come quelli affetti dal BED potrebbero presentare delle caratteristiche di dipendenza al cibo più che altri (Yau et al., 2014). Il BED condivide elementi simili al SUD, come la perdita di controllo periodica, un consumo esagerato e un'abilità o volontà ridotta a ridurre il consumo.
La *Yale Food Addiction Scale (YFAS),* sviluppata da Gearhardt et al. (2009), permette di identificare le persone dipendenti dal cibo. Diversi ricercatori hanno utilizzato questa metodologia e, in funzione dei campioni testati, sono scaturiti risultati molto eterogenei. Per i pazienti in trattamento per una perdita di peso senza altri disturbi, la percentuale delle persone obese dipendenti dal cibo era di 4,5% per Chao et al. (2017), 7% per Eichen et al. (2013) e 33% per Imperatori et al. (2014). Essa aumentava al 40% per i pazienti eleggibili alla chirurgia bariatrica (A. Meule, Heckel, Jurowich, Vögele, & Kübler, 2014) ed al 50% per quelli con BED (Gearhardt et al., 2014; Davis et al., 2011). Inoltre, confrontando tutti gli studi realizzati con questo strumento, la revisione delle letteratura di Pursey et al. (2014) ha evidenziato la prevalenza della dipendenza dal cibo più nelle persone in sovrappeso o obese (26,9%) che nei soggetti con un peso sano (14,3%). Un altro dato importante di questa revisione è che i canditati alla chirurgia bariatrica dipendenti dal cibo presentavano più episodi di disturbi del comportamento alimentare e di sintomi depressivi che i candidati obesi non dipendenti al cibo (Meule, Heckel, Jurowich, Vögele, & Kübler, 2014). Anche Gearhardt et al. (2014) riportano che nei pazienti obesi con BED, i sintomi di dipendenza al cibo sono correlati a maggiore effetto negativo e disregolazione emotiva, come un maggiore disturbo dell'umore o di depressione. L'associazione tra depressione e dipendenza al

cibo è anche stata osservata nelle persone obese e in sovrappeso da Davis et al., (2011).
Tuttavia è importante considerare che malgrado le similarità tra il BED e la dipendenza al cibo, questi due disturbi non sono per forza legati; infatti, secondo uno studio analizzato da Yau et al., (2014), il 43%-50% delle persone con BED non erano dipendenti dal cibo secondo i criteri della YFAS e quasi il 30% del gruppo dipendente al cibo non entrava nella classifica del BED.

3.2.4 Ruolo dello stress

Sinha & Jastreboff (2013) attribuiscono allo stress cronico un aumento della vulnerabilità di fronte alle dipendenze e indicano numerosi studi che associano eventi altamente stressogeni e stress cronico all'adiposità, il BMI e l'incremento di peso. Lo stress altera significativamente il comportamento alimentare; mentre in certi soggetti conduce a una riduzione dell'assunzione di cibo, in altri favorisce l'aumento del consumo di alimenti, specialmente in presenza di cibi *hyper-palatable* e altamente energetici (Dallman, Pecoraro, & la Fleur, 2005).
Mentre la risposta fisiologica del corpo allo stress porta all'inibizione dell'appetito (in particolare grazie all'azione del cortisolo), nelle persone con comportamenti alimentari basati su una dieta ad alto contenuto di grassi, questo meccanismo è alterato, portando ad uno sregolamento dell'attività ormonale e provocando, attraverso l'azione del sistema di ricompensa, la ricerca di cibi ricchi di zuccheri e grassi, similarmente ai tossicodipendenti cercano le sostanze d'abuso (Maniam & Morris, 2012). Questa teoria è anche sostenuta da Dias-Ferreira et al. (2009) e Avena, (2015) che identificano lo stress ripetuto come fattore di alterazione del prendere decisioni, portando ad abitudini di ricompensa attraverso il cibo e comportamenti alimentari non funzionali.

3.2.5 L'ambiente

Pearson & Craighead (2015) attribuiscono i comportamenti alimentari non sani all'ambiente ricco di cibo ipercalorico e poco orientatati all'esercizio fisico. Definiscono tossico l'ambiente di oggi in confronto ai tempi paleolitici dove il cibo era limitato e scarso, stagionale, non conservabile; è difficile mantenere una dieta sana quando si è costantemente esposto a tentazioni di *bliss food*[6] (letteralmente: cibo di beatitudine). Diversi studi psicofisiologici, neuroimaging e neurocognitivi hanno identificato un'attenzione maggiore agli stimoli di cibo o relativi al cibo nelle persone obese (Hendrikse et al., 2015) e il monitoraggio degli occhi (*eyes-tracking*) ha mostrato una reattività maggiore ai segnali di cibo in condizione di sazietà nei soggetti obesi rispetto a altri con peso adeguato (Castellanos et al., 2009). La prevalenza di informazioni relative al cibo nei soggetti obesi sembra quindi essere mediata tramite canali più motivazionali che omeostatici, cioè che l'interesse per il cibo è guidato dalla disponibilità, come nella dipendenza alle sostanze e non solo da un bisogno metabolico (Carter et al., 2016). Anche Rogers (1999) osserva il condizionamento culturale, economico e psicosociale dei comportamenti alimentari. Birch, Savage, & Ventura (2007) spiegano che le abitudini e scelte alimentari si sviluppano presto nella vita di un individuo che impara cosa, quando e quanto mangiare attraverso l'esperienza diretta con il cibo ed osservando il comportamento dei genitori, anch'essi influenzati dalla

[6] Prodotti alimentari trasformati per richiamare le nostre preferenze allo zucchero ed ai grassi (Pearson & Craighead, 2015).

visione della società in cui si trovano. Amici e famiglia esercitano un influenza sulle nostre abitudini alimentari; quando la gente si ritrova, c'è la tendenza a mangiare di più (Peter, Roth, & Polivy, 2003) e cibi contenenti più carboidrati, grassi, proteine e calorie rispetto al pasto individuale (de Castro & de Castro, 1989).

4. Le dipendenze classiche

Sono stati evidenziati in precedenza i punti in comune tra la dipendenza dal cibo e le altre dipendenze classiche, sottolineando il carattere cronico della stessa; la dipendenza ha un percorso che si alterna tra episodi di astinenza e di ricadute e, questo meccanismo, affonda le sue radici nei processi neurochimici (Gutman, 2006). Le informazioni del presente capitolo saranno quindi finalizzate all'approfondimento dei meccanismi neurologici delle dipendenze classiche allo scopo di trarre spunti di riflessione su quelle legate al cibo.

Con dipendenze classiche si intendono tutte le dipendenze repertoriate dal DSM-5 (2013), dal SUD (disturbo d'abuso di sostanze) ai disturbi del comportamento come il disturbo del gioco d'azzardo. L'APA (2000) definisce i criteri della dipendenza: uso di sostanze in quantità maggiori e su periodi più lunghi, tentativi falliti di riduzione, interruzione o controllo dell'uso di sostanze con dipendenza, dispendio di tempo e sforzi importanti per cercare di ottenere le sostanze, negligenza nella maggior parte delle obbligazioni legate al proprio ruolo, mantenimento dell'uso della sostanza malgrado ovvii problemi di salute, economici, lavorativi, legali e/o familiari. Per dipendenze classiche si considerano quindi anche le definizioni estese di dipendenza comportamentale presenti nella letteratura che verificano i criteri dell'APA: disturbi dell'alimentazione, cleptomania, shopping compulsivo, dipendenza dal lavoro, dall'esercizio fisico e dal sesso (Rosenberg & Curtiss Feder, 2014).

Nelle dipendenze classiche, Gutman (2006) identifica il ruolo principale del sistema di ricompensa, conosciuto come sistema mesocorticolimbico (MCL), un apparato complesso di neuroni che incoraggiano l'individuo a ripetere i comportamenti piacevoli che sostengono la sua sopravvivenza: mangiare, bere ed avere relazioni sessuali sono tutti fonte di piacere neurochimico nel sistema MCL. Lo stesso autore ha dimostrato che l'abuso di sostanze modifica la struttura e la funzione del sistema MCL per settimane, mesi o anni. Queste alterazioni portano le persone ad entrare in una spirale che ha per conseguenza l'uso sempre maggiore della sostanza, l'allontanamento dai propri ruoli e l'alternanza di episodi di astinenza e di ricadute. Il sistema MCL raggruppa strutture neuroatomiche della corteccia cerebrale, nel cervello medio e nel sistema limbico. Il sistema interpreta l'aspetto di "ricompensa" di un comportamento inviando queste informazioni ad altre regioni del cervello che hanno un ruolo nel prendere decisioni quali il *nucleus accumbens*, l'area ventrale tegumentale, l'amigdala e il lobo frontale. La dopamina è il neurotrasmettitore utilizzato in questo processo e, nel caso di abuso di sostanze, il livello di dopamina aumenta creando dipendenza alla sostanza. L'amigdala ha connessioni con l'ippocampo, una struttura situata nel lobo temporale, responsabile della memoria e della registrazione di eventi emozionalmente significativi soprattutto quando sono stati piacevoli, euforici o negativi come l'estrema irritabilità o la sofferenza fisica legati all'astinenza. Messaggi alla corteccia frontale sono poi mandati rendendo queste informazioni coscienti e utilizzate per prendere la decisione e la successiva azione. Sempre secondo Gutman (2006) la dipendenza neurochimica del cervello

induce processi di apprendimenti e memorie distorti; le alterazioni della corteccia frontale producono una sopravalutazione della ricompensa e una riduzione dell'abilità nel connettere il comportamento di dipendenza con le sue conseguenze negative.
Un'altra distorsione cognitiva è legata all'influenza di stimoli esterni, per esempio tramite la vista o l'olfatto, che sono registrati e associati alla stato di benessere ed inducono la ricerca e l'ottenimento della sostanza. Questi stimoli possono quindi provocare sintomi di mancanza e portare alla ricaduta. Oltre all'influenza a livello fisico, la dipendenza a livello cognitivo, provoca compulsioni, disturbi del controllo e del ragionamento (Carter et al., 2016).
Inoltre, un fenomeno spesso osservato è quello della sostituzione della sostanza o del comportamento con un'altra forma di dipendenza; Gutman (2006) parla dell'esempio di una persona con un disturbo dell'alimentazione di tipo BED che dopo esserne guarito, ha iniziato ad avere episodi di shopping compulsivo. Questo meccanismo è spiegato da Nestler & Malenka, 2004 in Gutman (2006) per il fatto che il cervello attiva i sintomi di astinenza portando la persona ad utilizzare sostanze simili o comportamenti compulsivi che agiscano sui circuiti di ricompensa del cervello. Un ulteriore aspetto di questo meccanismo è stato verificato da Kovacs et al. (2014) i quali hanno sottolineato un consumo maggiore di nicotina nelle giovani donne (18-29 anni) sottoposte a una dieta restrittiva.

5. L'ergoterapia, l'obesità e le dipendenze

L'ergoterapia contribuisce al miglioramento della salute e della qualità di vita, facilita la partecipazione alla società basando il suo intervento sul coinvolgimento in occupazioni intese come attività di vita quotidiane e significative per la persona (Associazione Svizzera degli Ergoterapisti, 2011). L'occupazione umana, come concetto essenziale alla salute ed al benessere (CAOT, 2008), è soggetto a controversie in caso di dipendenze classiche o di dipendenza dal cibo in quanto queste occupazioni non migliorano la salute (Kiepek & Magalhães, 2011). In questa sezione, dopo aver presentato la professione dell'ergoterapista e una panoramica degli interventi ergoterapici attualmente proposti nella riabilitazione delle persone obese, saranno quindi approfonditi i diversi significati ed i comportamenti collegati alla l'occupazione del mangiare, i diversi strumenti per valutarli. Inoltre, verrà esposto il concetto di *addiction as occupation*, il quale mette in luce la complessità della presa in carico ergoterapica nel ritrovare un equilibrio occupazionale in grado di promuovere la salute senza inferire sulla partecipazione sociale della persona.

5.1 L'ergoterapia, definizione e ruoli

L'ergoterapia è una professione nata negli Stati uniti all'inizio del secolo scorso per rispondere ad un bisogno creato dai feriti della prima Guerra Mondiale (Friedland, 2011). Oggi è presente in tanti paesi che hanno istituito corsi di Laurea all'interno di numerose università, dal Sudafrica alla Norvegia, dal Giappone agli stati delle due Americhe oltre a Dubai o al Cairo. "Sono tanti gli ergoterapisti nel mondo ad esercitare questa originale professione, negli ospedali, nei centri riabilitativi, nelle case di cura, di riposo, negli ambulatori, nelle scuole, in luoghi di pace e in luoghi di guerra" (De Sena Gibertoni, 2006, *p24*). Il percorso formativo prevede lo studio dei aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali legati alla capacità d'agire della persona nella sua vita quotidiana e dei metodi e strumenti terapeutici centrati sul recupero, il mantenimento e

lo sviluppo dell'indipendenza, dell'autonomia e della partecipazione sociale della persona. L'ergoterapia contribuisce al miglioramento della salute e della qualità di vita, facilita la partecipazione alla società permettendo di prendere parte alle attività quotidiane (ASE - Associazione Svizzera degli Ergoterapisti, 2011). Il tipo di intervento si iscrive nelle terapie riabilitative e si propone di reinserire in un circuito di vita coloro che ne vengono esclusi a causa di un disagio nel corpo e/o nella mente (AOTA, 2014). "La malattia spesso rallenta i ritmi di vita, li interrompe oppure li altera svuotando la vita stessa e rendendo difficili le relazioni, le fa diverse a volte estranee" (De Sena Gibertoni, 2006, *p24*). L'ergoterapia si basa sull'idea che la persona, tramite il fare e i processi orientati alle occupazioni di vita quotidiana, possa mantenere, riacquistare o ampliare le capacità necessarie per ridare ritmo e senso alla propria vita quotidiana. Si interessa a ciò che la persona non è più capace di fare o ciò che vorrebbe continuare a fare (i suoi hobbies, le sue occupazioni, i suoi bisogni, i suoi desideri) e cerca di formulare, insieme a questa persona, un progetto che la aiuti ad utilizzare le sue risorse (fisiche e sociali) perché si reinserisca in un circuito di vita (ANFE - Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2016).
L'ergoterapia si basa sul concetto che il coinvolgimento in attività significative permette di sviluppare le proprie capacità, di dare un senso alla propria esistenza e quindi di migliorare la propria qualità di vita. Un attività è significativa quando ha un senso per la persona ma anche quando ha un senso per l'ambiente sociale in cui vive. Gli autori anglo-americani hanno prodotto diverse definizioni, a volte contradittorie, con lo scopo di distinguere l'attività, il compito e l'occupazione. *L'European Network of Occupational Therapy in Higher Education* (ENOTHE) che lavora sulla terminologia, ha percepito la grande difficoltà che si può incontrare quando si prova a comunicare al pubblico o ai professionisti della riabilitazione (ENOTHE, 2006 in Bryant, Fieldhouse, & Bannigan, 2014). Le definizioni consensuali portate dall'ENOTHE per i paesi europei francofoni in relazione all'attività sono le seguente:

- "Activity" (attività): realizzazione di una sequenza strutturata di azioni o di compiti.
- "Occupation" (occupazione): un insieme di attività umane significative che hanno un valore socio-culturale e un senso personale. L'occupazione può essere un scopo ma anche il mezzo attraverso quale l'ergoterapista cerca di riabilitare la persona.

Per offrire una riabilitazione efficace, è richiesto un intervento basato sulle evidenze scientifiche o *evidence-based practice*, (EBP) ma, nella pratica quotidiana, una parte degli ergoterapisti si basa principalmente sulla propria esperienza, osservazione che comunque vale per tutte le altre professioni sanitarie. Tuttavia, lo sviluppo continuo della scienza occupazionale, grazie agli approfondimenti scientifici, permette di appoggiarsi a diverse teorie, modelli, strumenti di valutazioni che mirano all'autonomia funzionale, al senso di competenza, al ruolo occupazionale e all'orientamento. La scienza occupazionale nasce alla fine del ventesimo secolo (anni '80, '90) nello scopo di capire l'influenza dell'occupazione sulla salute e il benessere e di fornire delle basi scientifiche alla pratica dell'ergoterapia (Crepeau, Cohn, & Boyt Schell, 2008). È una disciplina che, attraverso il contributo di altre discipline già consolidate come la sociologia, l'antropologia o la psicologia, si sta creando un'autonomia rispetto alla scienza medica (Crepeau et al., 2008).

5.2 Ruolo dell'ergoterapia nell'obesità

Le prime riflessioni sull'obesità e l'ergoterapia compaiono già alla fine degli anni 90 nella letteratura (Askew, 1989, Meaker, 1988) ma hanno assunto importanza e sviluppo solo negli ultimi 15 anni. La prima nel promuovere questo aspetto della quotidianità e

quindi la sua rilevanza per la professione è stata la American Occupational Therapy Association (*AOTA) che nel 2006 pubblicò il "Statement on Obesity*" e un anno dopo il *documento di posizione* "*Obesity and Occupational Therapy" (AOTA, 2007). Anche la Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT)* era tra i primi protagonisti ad organizzare il primo *workshop* sul tema dell'obesità (Forhan & Law, 2009) segnando l'inizio di una presa di posizione chiara in favore della figura dell'ergoterapista per la presa in carico delle persone obese.
Gli interventi ergoterapici, utilizzati in modo diretto o indiretto per influenzare la gestione del peso e delle problematiche di salute legate, si concentrano su scelte di vita sane e sul coinvolgimento in attività significative, prendendo in considerazione i limiti legati all'ambiente (Sittarame et al., 2014) e l'aspetto della partecipazione sociale che ha un impatto cruciale sul benessere fisico e mentale delle persone obese (Pizzi, 2013).
Attualmente, secondo una revisione della letteratura di Haracz et al. (2013) gli interventi ergoterapici con pazienti obesi si focalizzano su quattro temi principali:

- La promozione e la prevenzione della salute: aumentare l'attività fisica, far evolvere le politiche di salute pubblica, modificare certi aspetti del *urban design* e dei trasporti fanno per esempio parte degli interventi di prevenzione primaria [7] proposti attualmente dagli ergoterapisti. Interventi in prevenzione secondaria [8] sono soprattutto organizzati nelle scuole o presso un pubblico giovane mentre in prevenzione terziaria[9], con persone affette da obesità maggiore, ci si occupa di mantenere un equilibrio occupazionale.
- L'aumento della partecipazione in attività fisiche: la maggioranza della letteratura riguarda l'aumento dell'attività fisica con lo scopo di prevenire l'obesità e perdere peso attraverso occupazioni ricreative che favoriscono la salute, il benessere e la partecipazione sociale.
- La modificazione dell'alimentazione: anche se è un aspetto poco considerato nella letteratura, è stato raccomandato l'utilizzo di un programma di educazione alla nutrizione e, a livello più generale, di strategie per il cambiamento dello stile di vita.
- La riduzione degli impatti dell'obesità: è preconizzato l'aumento della partecipazione sociale, partendo dal presupposto che gli adulti obesi presentano un disequilibrio occupazionale che li porta a spendere troppa energia in attività poco significative. Lo scopo è quindi di ridurre il dispendio energetico ed aumentare l'efficienza nell'utilizzo del tempo in attività di cura di sé e di partecipazione (lavoro, tempo libero).

Si nota una tendenza negli ultimi anni allo sviluppo di interventi che prendono in considerazione le cinque azioni di promozione della salute raccomandati nella Carta di Ottawa (WHO, 1986): elaborare una politica pubblica rivolta alla salute, creare ambienti favorevoli, rinforzare l'azione comunitaria, sviluppare le competenze personali e lo sviluppo individuale, riorientare i servizi sanitari nei confronti dell'individuo.
La modificazione dell'ambiente è raccomandata allo scopo di aumentare l'attività fisica; l'intervento ergoterapico agisce sulle politiche locali di urbanizzazione e dei trasporti, aumentando l'accesso alle strutture ricreative e del tempo libero, offrendo possibilità di spostamento più attive(Haracz et al., 2013). Sempre in questa revisione di Haracz et al. (2013), gli ergoterapisti promuovono il concetto di accessibilità che mira a cambiare

[7] Intervento destinato a soggetti sani e ha lo scopo di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie (WHO, 2017)

[8] Intervento rivolto a soggetti già ammalati che mira ad ottenere la guarigione o comunque a limitarne la progressione.

[9] Controllo e limitazione di complicazioni attraverso la gestione dei deficit funzionali e di misure volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, all'aumento della qualità della vita.

l'ambiente sociale, lavorando direttamente sulla comunità per aumentare le offerte di attività fisica e ricreative e ridurre lo stigma. È da sottolineare che queste proposte interessano piuttosto i bambini e le loro famiglie. L'educazione presso le famiglie e le comunità è utilizzata soprattutto nello scopo di combattere l'obesità nei bambini attraverso una partecipazione maggiore alle attività fisiche. Tuttavia, si pratica l'educazione indirizzata agli adulti potenzialmente a rischio di obesità con lo scopo di cambiarne il comportamento.
L'ergoterapista si concentra anche sull'introduzione di nuove occupazioni e sulla modificazione della partecipazione a quelle già esistenti. Questa strategia è correlata maggiormente all'aumento dell'attività fisica favorendo attività piacevoli, significative e quindi motivanti, per assicurare una partecipazione regolare e continua.
Un ultima parte del lavoro si concentra sulle varie valutazioni ma riguarda principalmente la prevenzione dell'obesità nei bambini in rapporto all'attività fisica.
La revisione della letteratura di Haracz et al. (2013) mette anche in luce il legame tra il ruolo dell'ergoterapia e la promozione della salute, chiaramente identificato nella presa in carico delle persone obese. Anche Scriven & Atwal (2004) suggeriscono di agire a livello primario e secondario con lo scopo di cambiare le abitudini di vita deleterie e prevenire lo sviluppo di condizione di cronicità.
Altre riflessioni si situano sulla ricerca della qualità di vita (QdV), concetto multidimensionale che include di solito una valutazione sia soggettiva che obbiettiva di certi aspetti di vita. Sebbene la salute fisica è uno degli aspetti più importanti della QdV, anche altri sono pertinenti come il lavoro, la casa, la scuola e l'ambiente esterno (Taylor, Forhan, Vigod, McIntyre, & Morrison, 2013). Quando vengono considerati gli aspetti psicologici e di qualità di vita dalla persona affetta da obesità e la loro influenza su una perdita di peso efficace, diventa possibile stabilire obiettivi realizzabili e realistici per sviluppare un piano fattibile per raggiungerli (Vallis, 2016).
Un approccio basato sull'occupazione e il riconoscimento dell'importanza dell'interazione tra la persona, l'ambiente e l'occupazione sembrano portare ad un cambiamento di comportamento sostenibile ma le evidenze si basano su un numero limitato di studi con risultati discutibili e poco generalizzabili (campioni piccoli, maggioranza di studi rivolti ai bambini). Inoltre, gli interventi ergoterapici si concentrano soprattutto sull'aumento dell'attività fisica e meno sull'aspetto nutrizionale riconosciuto però come un fattore determinante di successo (Haracz et al., 2013). Questo non interesse alle questioni nutrizionali da parte degli ergoterapisti, può magari essere spiegato in parte dallo studio australiano di Lang et al. (2013) in quanto rivela che la maggioranza degli ergoterapisti diplomati non considera la gestione del peso come facente parte delle prerogative della loro professione e che solo 7,8% del campione interrogato aveva ricevuto una formazione specifica su questo argomento. Haracz et al. (2013) suggeriscono maggiori ricerche sull'efficacia di strategie occupazionali basate sull'esercizio fisico e la dieta, nonché lo sviluppo della formazione dei futuri ergoterapisti a questi argomenti.

5.3 Il significato dell'occupazione "mangiare" nella dipendenza al cibo

Le occupazioni, secondo l'*American Association of Occupational Therapy* (2014), rappresentano vari tipi di attività di vita in cui gli individui, gruppi o popolazioni si impegnano. Delle otto aree occupazionali proposte per classificare queste attività, quella pertinente al caso dell'obesità ed alle problematiche legate al comportamento alimentare è la categoria delle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*) dove il mangiare viene classificato sotto la voce *Health Management and Maintenance* ossia lo

sviluppo, la gestione e il mantenimento della *routine* per la promozione della salute e del benessere.
Nelle persone con DCA i ruoli e le occupazioni sane decadono; l'occupazione principale diventa il mangiare con i suoi numerosi rituali e comportamenti (The Center for Eating Disorders, 2017). Ugualmente, nei casi di dipendenza, l'occupazione nel mangiare investe una parte centrale della giornata, e se l'impatto sul tempo fisico può essere contenuto, i pensieri e preoccupazioni legati al cibo sono spesso onnipresenti (Singlehurst et al., 2007). La dipendenza non è quindi solo un elemento disturbante nella quotidianità, bensì diventa l'occupazione della vita della persona (Wasmuth et al., 2015).

5.3.1 Panoramica dei comportamenti alimentari indotti dalla dipendenza al cibo

Per una miglior comprensione della complessità e delle cause del sovrappeso e dell'obesità, è necessario identificare le differenze individuali di *overeating* (il mangiare esagerato) e le cause di queste problematiche complesse e multifattoriali che rappresentano, appunto, il sovrappeso e l'obesità (Dakanalis et al., 2013). Incoraggiata dalla dimensione edonistica (o *Hedonic eating)* del cibo altamente gradevole, la dipendenza al cibo si traduce con comportamenti alimentari di *overeating* molto diversi; Davis et al. (2011) ne identificano sei mentre Dakanalis et al. (2013) le raggruppano in tre categorie. Opolski, Chur-Hansen, & Wittert (2015) descrivono cinque comportamenti nei candidati alla chirurgia bariatrica. La lista che segue riassume alcuni comportamenti alimentari, corrispondendo alla sintesi dei tre studi sopra menzionati:

- *Binge-eating disorder* o BED (disturbo dell'alimentazione incontrollata): secondo il DSM-5 (2013) si traduce in una perdita di controllo che porta al consumo di una grande quantità di cibo in un tempo limitato. Segue una fase di disagio dove l'individuo si sente in colpa e si svaluta.
- *Emotional eating* o fame emozionale è stimolato da stati emozionali come l'ansia, le preoccupazioni, la paura o la rabbia. È il risultato di un apprendimento passato basato su esperienze dove il cibo era utilizzato come strategia per affrontare problemi psicologici o diminuire un disagio, ignorando i segnali interni di fame o di sazietà.
- *External eating* si riferisce al mangiare in risposta a stimoli esterni provenienti dall'ambiente obesogenico[10] (Avena, 2015) che arrivano tramite i sensi della vista e dell'olfatto. Comporta inoltre una riduzione della sensibilità ai segnali interni di fame o di sazietà.
- *Food craving* o l'intenso desiderio di mangiare uno specifico cibo; la perdita di controllo e la specificità di un alimento particolare sono le due caratteristiche distintive di questo fenomeno.
- *Grazing* o *Snacking on Sweet* è il consumo continuo di piccole quantità di cibo su un periodo lungo, la necessità di fare continuamente spuntini. Nel momento in cui la quantità di cibo consumato raggiunge livelli elevati, possono manifestarsi dei disturbi della condotta alimentare come il *Binge-Eating Disorder (BED)* (Piccinni, 2016).
- *Syndrome Night eating* (Sindrome dell'alimentazione notturna) è descritto dal DSM-5 (2013) come episodi ricorrenti di alimentazione notturna ovvero successivamente ad un risveglio o con l'assunzione eccessiva di cibo dopo cena.

[10] Si dice di un ambiente che promuove l'obesità circa le opportunità e le condizioni di vita che offre agli individui o popolazioni (Lake & Townshend, 2006) .

- *Restrained eating* o assunzione di cibo evitante/restrittivo definisce gli individui che alternano fasi di dieta restrittiva con fasi di *overeating*, indipendentemente da altri comportamenti alimentari.

Purché concretamente osservabili e potenzialmente correlati con la dipendenza al cibo, i tre comportamenti legati al BED, al SNE e al Grazing sono descritti in modo più approfondito nell'*Allegato V* p 69.

5.3.2 Strumenti di valutazione dei comportamenti alimentari

Esistono diversi procedure per valutare i comportamenti alimentari. Per esempio, al fine di valutare gli aspetti del comportamento alimentare collegato ai disturbi psichici si può utilizzare la *Structured Clinical Interview* presente sul DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Un altro strumento sotto forma di intervista è l'*Eating Disorders Examination* (EDE) sviluppata da Fairburn, Cooper, & O'Connor (2008) che permette di ottenere un punteggio totale su quattro argomenti: restrizione, preoccupazione per l'alimentazione, preoccupazione per la forma del corpo e preoccupazione per il peso. Ci sono anche questionari autosomministrativi come *l'Eating Attitudes Test* (Garner, Olmsted, BOHR, & Garfinkel, 1982) o il *Body Attitudes Test* (Probst e al., 1995). Più specificatamente, ci sono strumenti di valutazione che misurano comportamenti precisi come il *Food Craving Questionnaire* (Cepeda-Benito, Gleaves, Williams & Erath, 2000, in Davis et al., 2011), 39 *items* che derivano della teoria che il food Craving si esprime sia fisiologicamente che psichologicamente, il *Eating Behaviours Pattern Questionnaire* di Schlundt, Hargreaves, & Buchowski (2003) per misurare il "*snacking on sweets*", il questionario *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ) per valutare il mangiare emozionale, esternale e restrittivo nelle persone con un peso normale, in sovrappeso o obese, la *Power of Food Scale* di Lowe et al (2009) per l'assunzione di cibo edonistico o il *Binge-eating Questionnaire* per il sintomi di alimentazione incontrollata (Halmi, Falk & Schwarz, 1981 *in* (Davis et al., 2011).
Questi strumenti sono utilizzati da vari professionisti della salute. La maggiore parte è reperibile tramite internet mentre altri, più complessi, richiedono una formazione per poter somministrarli correttamente. L'ergoterapista è competente nell'utilizzo degli strumenti di valutazione (Singlehurst et al., 2007). Quelli sopra menzionati, specifici per i comportamenti alimentari disfunzionali, potrebbero affinare la definizione delle problematiche e migliorare la presa in carico delle persone con obesità.

5.4 Dipendenza e ripercussioni sull'occupazione

"La dipendenza distrugge l'essere umano ad ogni livello della sua esistenza. Lo devasta mentalmente, fisicamente e spiritualmente, lasciandolo gocciolare virtualmente in un mare di solitudine e disperazione. Perde il contatto con la sua forza interiore e la sua vita sembra diventare una serie di fallimenti che portano spesso alla sottomissione totale al proprio stato di dipendenza e di dolore" (Giordano, 2000, p 11 cited by Martin, Bliven, & Boisvert, 2008).
Questa descrizione riportata da un autore disintossicato è condivisa dagli ergoterapisti che spiegano l'uso di sostanze come una resa totale dal vivere (Martin et al., 2008). L'esperienza di abuso di sostanze danneggia le strutture e le funzioni del corpo, inibisce la partecipazione nelle AVQ e disturba la qualità della vita (V. C. Stoffel & Moyers, 2004); l'impatto negativo dell'abuso di sostanze si osserva sull'individuo, sulla sua famiglia e sulla società. Gli individui con un esperienza di dipendenza alle sostanze

sono seguiti da ergoterapisti specializzati in salute mentale a causa dei loro problemi fisici e psicosociali che interferiscono sulla loro performance occupazionale e la qualità di vita (Stoffel & Moyers, 2004). Nel 1997, esperti dell'AOTA hanno pubblicato delle linee guida degli interventi ergoterapici per le persone con dipendenze alle sostanze. In seguito sono state prodotte evidenze scientifiche basate sulla ricerca di altre discipline come la medicina, la psicologia o le cure per definire il ruolo dell'ergoterapista. Nonostante ciò, si osserva una mancanza di ricerche che certificano l'efficacia degli interventi ergoterapici con persone affette da disturbi di abuso di sostanze.
L'*American Psichiatric Association* (2013) parla di "deficit occupazionale" causato dalle dipendenze che hanno la precedenza sulla partecipazione in altri occupazioni. Nelle stesse modalità Pritchard et al. (2015) rilevano che diversi studi hanno dimostrato la correlazione tra il deficit occupazionale e i comportamenti di dipendenza, oltre al fatto che portare di nuovo occupazioni o nuove occupazioni, rinforzava il successo dei trattamenti e riduceva il tasso di ricaduta. Infatti, l'organizzazione del tempo, le esperienze, la motivazione, il divertimento, l'interazione con gli altri, lo sviluppo della propria identità, dei ruoli e delle abitudini sono tutte dimensioni che dipendono delle occupazioni. Di conseguenza una mancanza di partecipazione in occupazioni può impedire le opportunità di interazione sociali, attività ricreative, struttura del tempo e identità positiva con i ruoli, abitudini e *routine* corrispondenti (Kielhofner, 2008).

5.5 Vedere la dipendenza come un occupazione

L'occupazione è stata definita dal CAOT (2008) come tutto quello che fa una persona per occuparsi, enfatizzando correlazioni positive con la salute e il benessere (Kiepek & Magalhães, 2011). Con l'aumento degli studi sui disturbi del comportamento, si è sviluppato il concetto di "*disordered patterns of activity engagment*" (Kiepek & Magalhães, 2011, p.255) ossia di occupazione patologica che include anche attività considerate socialmente devianti e patologiche come, per esempio, la piromania e l'abuso di sostanze. Altre attività incluse in questa classificazione, sono i disturbi del comportamento alimentare, il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza al sesso, la dipendenza ad internet, lo shopping compulsivo, la dipendenza al lavoro ed all'esercizio fisico. (Wasmuth et al. 2016) descrivono anche il concetto di *addiction as occupation* sottolineando il posto centrale della dipendenza nella vita quotidiana della persona.
Di conseguenza le persone con dipendenza che seguono un trattamento potrebbero subire sia una perdita importante di occupazione sia una perdita della propria identità; questi fattori potrebbero spiegare l'alto tasso di ricaduta e la poca adesione ai trattamenti. Kiepek & Magalhães (2011) sostengono il paradosso che le occupazioni viste dalla società come non sane possono avere effetti "positivi" sull'individuo; il consumo di alcool è associato a incidenti e malattia cronica ma anche al rilassamento ed alla partecipazione sociale. Allo stesso modo, gli autori ricordano che le occupazioni non sono legate né alla salute né alla non salute, bensì alla partecipazione ad attività in determinate condizioni e associate a conseguenze positive o negative.

6. Conclusione del background e domanda di ricerca

Le informazioni emerse dalle ricerche sopra riportate convergono sul fatto che l'obesità sia un fenomeno complesso e richiede un'attenta valutazione non solo dell'aspetto oggettivo bensì delle problematiche personali, ambientali e occupazionali. Le evidenze

scientifiche e le recenti tendenze nell'ambito della psichiatria hanno aperto nuovi orizzonti che fanno convergere l'obesità verso la dipendenza dal cibo facendo anche emergere gli stretti legami con le dipendenze classiche. Inoltre, gli interventi ergoterapici odierni, centrati maggiormente su un incremento dell'attività fisica la cui efficacia è limitata nel tempo, inducono alla ricerca di nuove strategie più mirate.

Queste considerazioni portano alla domanda di ricerca seguente:
In un intervento ergoterapico con adulti obesi dipendenti dal cibo, è possibile adottare i principi ergoterapici (e/o altri) utilizzati con persone con dipendenze alle sostanze?

La domanda di ricerca segue i principi del metodo PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome)*:
P: Adulti con obesità,
I: Intervento ergoterapico per la dipendenza dal cibo,
C: Non si fa proprio un paragone di due interventi, ma si intende evidenziare e discutere la trasferibilità di approcci di interventi ergoterapici legati ad un ambito tradizionale (le dipendenze classiche) ad un nuovo postulato d'intervento ergoterapico, ossia le dipendenze dal cibo.
O: Trasferibilità degli interventi per persone con dipendenze classiche alle persone adulte obese con dipendenza dal cibo.

7. Metodologia della ricerca

7.1 Banche dati

La letteratura scientifica è stata ricercata secondo un approccio multidisciplinare. Le banche dati più pertinenti al tema e che permettevano quest'approccio sono state le seguenti: *CINHAL (EBSCO), Science Direct, Taylor and Francis, PsycInfo* e *SAGE Journals.* Infine, sono stati utilizzati *Google Scholar* per la ricerca di argomenti in lingue francese, tedesca o italiana e le bibliografie degli articoli selezionati come fonte eventuale di altre argomentazioni pertinenti. Nelle banche dati sono state associate le parole chiave con tutte le combinazioni possibili, utilizzando gli operatori booleani[11] *AND, OR e NOT.* La selezione degli articoli è avvenuta in un primo momento tramite uno *screening* del titolo, delle parole chiave e dell'*abstract*, selezionando gli articoli che si occupano esplicitamente di trattamenti per la dipendenza al cibo o per le dipendenze classiche oppure per il disturbo del comportamento alimentare, privilegiando gli articoli collegati all'ergoterapia, all'occupazione o al BED. Dopo aver effettuato una selezione ed uno *screening* degli articoli secondo i criteri di inclusione/esclusione, è stata promossa una lettura del *full text* per gli articoli potenzialmente eleggibili.

7.2 Parole chiave

Occupational therapy, occupation, treatment, obesity, food addiction, substance use disorders, adult.

[11] Strumento logico derivato dai concetti di algebra di George Boole in 1847, che permette di combinare in vari modi più concetti nella stessa ricerca, aumentando la possibilità di trovare articoli pertinenti.

7.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati esaminati articoli scientifici che trattano esplicitamente il tema dell'intervento ergoterapico nelle persone con obesità o con dipendenze classiche ed articoli più generali sul tema dell'obesità e della dipendenza al cibo che presentavano i criteri seguenti:

- *articoli evidence based*[12], primari o secondari,
- tipi di studi considerati: articoli di giornali *peer-reviewed*, revisioni sistematiche, studi controllati randomizzati, studi di coorte[13], studi clinici, ma anche studi che presentano disegni di ricerca pressoché sperimentali, studi pilota o studi di caso-controllo che si prestano maggiormente al carattere altamente individuale degli interventi di riabilitazione in ergoterapia e all'eterogeneità dei pazienti all'interno di un gruppo (Benett & Bennet, 2000).
- articoli pubblicati su banche dati, libri di testo, siti internet aggiornati ed attendibili.
- articoli pubblicati negli ultimi 15 anni ossia dal 2002 in poi, anno corrispondente al periodo di approfondimento nella trattazione del tema di dipendenza al cibo nella letteratura scientifica,
- il gruppo bersaglio: è stato scelto uno studio effettuato sulle persone obese adulte, maschi e femmine, con età compresa tra i 19 ed i 44 anni in quanto è la categoria delle persone adulte più presente nella letteratura.
- Articoli in lingua inglese, italiana, tedesca e francese.

7.4 Selezione degli articoli

Sono stati individuati più di 250 articoli nelle banche dati consultate. Gli articoli non pertinenti sono stati eliminati dopo un primo screening a partire dal titolo e secondo i criteri di esclusione/inclusione. Gli *abstract* degli articoli rimanenti (121) sono stati revisionati permettendo di eliminare ulteriormente quelli che non corrispondevano al tema, che presentavano unicamente concetti teorici o che proponevano trattamenti difficilmente correlabili con la pratica dell'ergoterapia come, per esempio, interventi basati sulla farmacologia.
Tanti articoli legati all'ergoterapia si focalizzavano sugli interventi con persone con disturbo del comportamento alimentare di tipo anoressia e/o bulimia e non corrispondevano di conseguenza alla definizione della dipendenza al cibo come intesa nella letteratura scientifica e sono quindi stati anche eliminati. Altri articoli che concernevano bambini, adolescenti o minoranze sono stati scartati. Rispetto ai 24 articoli rimasti sottoposti ad una lettura *full text* e ad un'analisi secondo i criteri di evidenza scientifica, sono stati selezionati 10 articoli. La procedura di selezione degli articoli è riassunta nella *Fig.1 p 20*.

---

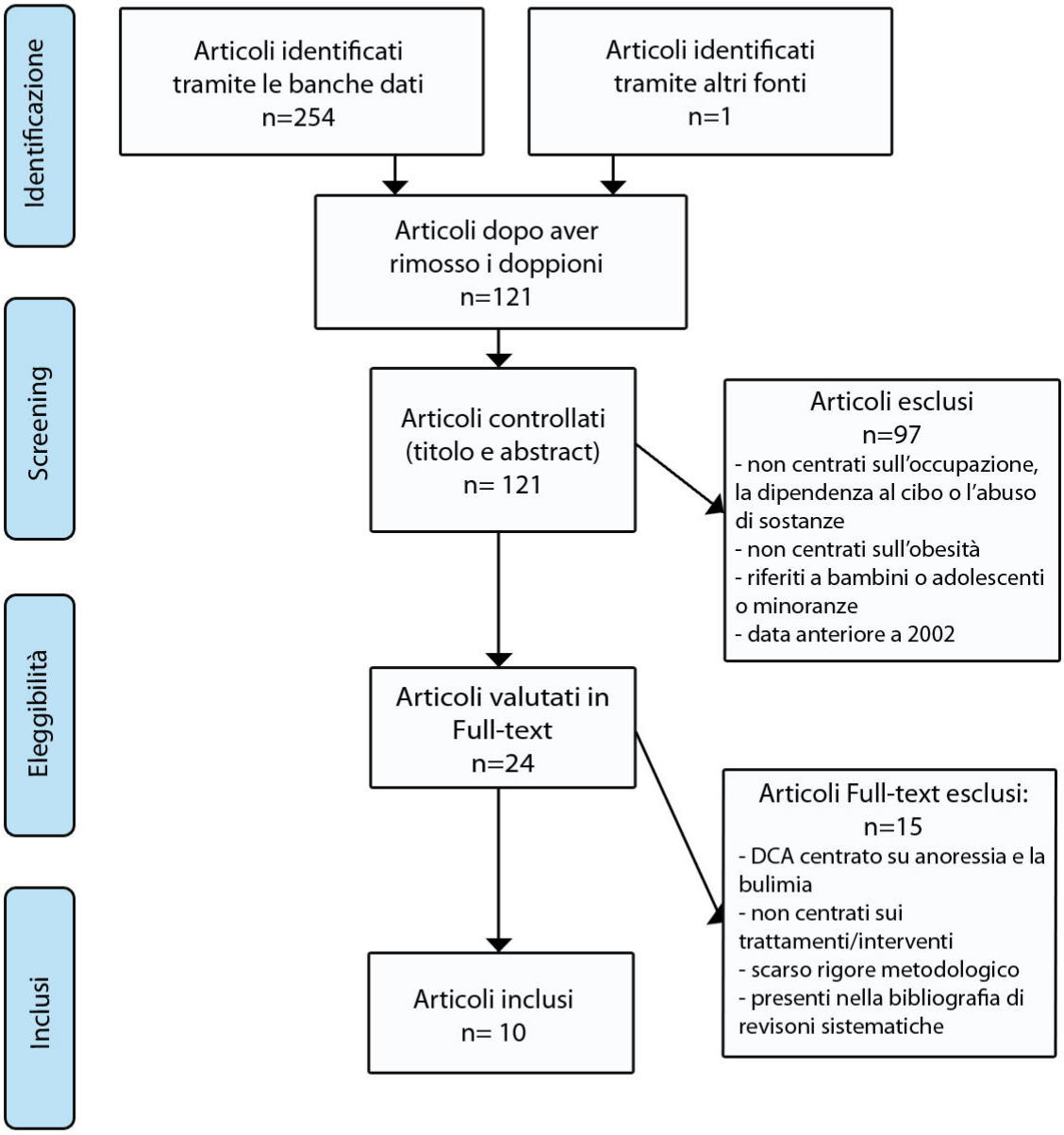
[12] articoli riconosciuti validi dopo una valutazione critica che preconizza una ricerca di articoli presenti su peer-reviewed journal, di revisioni sistematiche, di articoli randomizzati (per questioni legate all'efficacia di un trattamento) o cohort studies (per questioni di prognosi) dove la metodologia chiara e appropriata alla ricerca permette di ridurre il *bias*, e dove i risultati ottenuti sono validi e significativi (Benett & Bennet, 2000).

[13] Chiamato anche studio di pannello, serve in una ottica epidemiologica a definire il rischio ed i fattori per un determinato campione della popolazione di contrarre una determinata malattia (per esempio un campione di fumatori in paragone ad uno di non-fumatori) (Oxford Reference, 2007a)

Ogni articolo di questa ricerca è stato selezionato e valutato utilizzando le linee guida di Law et al (1998a, 1998b) creati specialmente per la pratica *evidence-based* in ergoterapia, e gli strumenti del articolo di Benett & Bennet (2000) (*Allegato VI* p 72) che offre una classificazione del *design* più idoneo per ogni tipo di ricerca in ergoterapia. Per un domanda di ricerca basata sul trattamento, come nel caso di questa revisione, è consigliato l'utilizzo di:

- revisioni sistematiche di studi clinici randomizzati o di studi clinici DI n=1
- studi clinici randomizzati,
- studi non randomizzati, pre-post test con singolo gruppo, serie storiche, studio di coorte
- studio caso-controllo
- studi descrittivi o revisioni narrative
- Parere dell'esperto (*Expert's opinion*)

Fig.1: Flow chart della ricerca e della selezione degli articoli



8. Risultati

8.1 Valutazione critica

L'analisi critica dei 10 articoli è sintetizzata in seguito nella tabella 1 in ordine gerarchico a secondo della loro validità scientifica.
L'articolo di più recente pubblicazione risale al 2016 mentre quello più vecchio è del 2004. Gli articoli provengono dell'America (5), dell'Australia (1), del Canada (1), della Germania (1), della Gran Bretagna (1) e dell'Italia (1).
In questa revisione, sono stati inclusi diversi design: la revisione sistematica (1), la revisione della letteratura (3), il pre-post test con singolo gruppo (1), lo studio caso controllo (1), la revisioni narrative (3) e il parere dell'esperto (1). Una presentazione dei risultati dettagliati e per ogni articolo è disponibile nell'*Allegato VII* p 73 con le seguente informazioni: Titolo/ autore/ anno, metodologia, tipo di intervento, risultati, osservazioni.

La natura esplorativa di questa revisione ha lo scopo di indagare sulle possibilità di interventi ergoterapici nonché la loro efficacia nelle persone con dipendenza dal cibo. È da considerare che la letteratura che riguarda l'ergoterapia e la dipendenza al cibo è piuttosto inesistente.
Inoltre, al contrario dei disturbi di tipo anoressia e bulimia, è stato difficile trovare studi che trattano del BED, del NES o del grazing da un punto di vista ergoterapico. Sui 10 articoli selezionati, uno solo ha per tema principale l'ergoterapia e il BED, due considerano la dipendenza al cibo nelle persone obese, cinque trattano dell'ergoterapia e delle dipendenze classiche e due studiano il BED. I risultati presentano anche dati sugli altri trattamenti con persone obese soggette a dipendenza dal cibo.
Un'eterogeneità di risultati è scaturita non solo nei tipi di interventi o trattamenti ma anche nella grandezza dei campioni, nel tipo di dipendenze, nella durata degli interventi o negli obbiettivi e risultati.

8.2 Presentazione dei risultati

Per facilitare l'esposizione dei risultati degli articoli analizzati, essi sono riassunti e correlati tra di loro in modo da avere una visione d'insieme. La RMIT (2017) consiglia di presentare i risultati in modo discorsivo, confrontando le diverse fonte e facendo emergere le tendenze attraverso un'organizzazione dei diversi argomenti.
Questa sezione presenterà quindi i risultati emersi della revisione della letteratura per quanto concerne i trattamenti multidisciplinari dei pazienti con dipendenza al cibo e/o con disturbo alimentare di tipo BED e gli interventi ergoterapici per le persone con dipendenze classiche o con BED. Davanti alla grande quantità e diversità dei risultati ottenuti, verranno descritti unicamente gli interventi potenzialmente trasferibili alla pratica dell'ergoterapia. Altri risultati di questa ricerca meno significativi (per esempio i trattamenti farmacologici o la chirurgia bariatrica) sono presentati nell'*Allegato VIII* p 83.

Presentati in ordine di frequenza di apparizione negli articoli, sono emersi sei tipi di strategie d'interventi: le strategie psicologiche, le strategie occupazionali, le strategie dei gruppi di sostegno/*peer support*, le strategie motivazionali/prevenzione delle ricadute, le strategie legate alla pianificazione dei trattamenti e le strategie multidisciplinari. Un'ultima parte presenterà dei risultati in merito a diversi strumenti di *assessment* utilizzati negli articoli revisionati e che potrebbero essere utilizzati da un ergoterapista nella valutazione dei comportamenti alimentari disfunzionali.

Tabella 1: panoramica degli 10 studi revisionati

Titolo	Autori	Scopo	Design dello studio	Diagnosi	Interventi /trattamenti	Analisi critica
Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review	Wasmuth et al. (2016)	Valutare l'efficacia di un intervento basato sull'occupazione nei disturbi di abuso di sostanze	Revisione sistematica 34 studi revisionati	Disturbo d'abuso di sostanza	Psicoterapia e terapia familiare, intervento basato sulla comunità, CBT, interviste motivazionali, terapia ricreativa, peer-support, educazione alla salute, terapia basata sull'occupazione	Eterogeneità degli studi limita il potenziale della meta analisi Manca l'esplorazione di aree riconosciute problematiche nelle dipendenze come il sonno o le BADL o IADL.
Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis	Kiepek & Magalhães (2011)	Determinare la validità del concetto di "*addiction as occupation*" e definire le implicazioni per la scienza occupazionale.	Revisione della letteratura 59 articoli di giornali *peer-reviewed*,	Dipendenze classiche	Terapia basata sull'occupazione	Si basa su articoli non provenienti della scienza occupazionale. Articoli limitati al Nord-America. Interpretazione degli articoli secondo una visione occupazionale.
An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders	Stoffel, & Moyers (2004)	Trasferibilità degli trattamenti di altre discipline nell'intervento ergoterapico	Revisione della letteratura interdisciplinare 20 articoli	Disturbo d'abuso di sostanza	Incontri brevi, CBT e strategie di coping, strategie motivazionali, approccio FRAMES, programmi 12-steps, progetto MATCH, programmi di prevenzione delle ricadute individuali o di gruppo	Mancanza di studi per determinare l'efficacia degli interventi brevi, l'efficacia dei vari trattamenti a lungo termine. Più studi necessari su come inserire il training alle competenze psicosociale nell'intervento ergoterapico
Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5	Amianto et al. (2015)	Determinare l'efficacia delle diverse strategie di diagnosi e di trattamento del BED	Revisione della letteratura 71 articoli	BED (adulti)	Approccio sequenziale multidisciplinare, interventi cognitivo comportamentali, motivazionali, psico-educazionali, gruppi di sostegno, farmaci, chirurgia bariatrica.	Più studi su campioni più larghi sono richiesti per approfondire l'efficacia delle terapie sul lungo termine, dei trattamenti a tappe sulla perdita di peso e il tasso di ricadute. Nessun riferimento ergoterapico.
Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery	Martin et al. (2008)	Valutare l'efficacia di un programma di riabilitazione nelle persone con dipendenza dalle sostanze che offra un intervento ergoterapico.	Studio pre e post test a 3 e 6 mesi non-randomizzato 75 partecipanti	Disturbo d'abuso di sostanza	Programma di allenamento alle AVQ. Coinvolgimento della famiglia e di altre persone significative, gruppi di sostegno di tipo *AA*.	Mancanza di un gruppo controllo per distinguere gli effetti specifici dell'ergoterapia dagli altri servizi specifici. Clienti che sono usciti dal programma non sono stati inclusi nella ricerca (si verificano solo i clienti che hanno avuto successo)

Tabella 1: panoramica degli 10 studi revisionati (continuazione) /

Titolo	Autori	Scopo	Design dello studio	Diagnosi	Interventi /trattamenti	Analisi critica
The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation: a Pilot Study	Singlehurst et al. (2007)	Accertare i modelli della gestione del tempo dalle persone con disturbo di *binge- eating* Determinare se il disturbo di *binge-eating* ha un impatto sulla vita quotidiana.	Studio pilota qualitativo e quantitativo 10 partecipanti Questionari auto-amministrativi e diari per la gestione del tempo	BED (adulti) Gruppo degli OA	Programma *12-steps* utilizzato anche da gruppi anonimi con altre dipendenze come l'alcol. Coinvolgimento in attività per distrarsi dal cibo Gestione del tempo e l'alterazione degli schemi alimentari Lavoro sulle preoccupazione per il cibo, l'immagine del proprio corpo ed il suo impatto sulle relazioni sociali.	Studio realizzato con tempistiche che non hanno permesso la raccolta su un periodo lungo. Il diario non prevedeva la raccolta di informazioni su gli obiettivi, i pensieri, informazioni contestuali e non differenziava il shopping classico dal "fare la spesa".
Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. The Neurobiology of Addiction.	Gutman (2006)	Determinare i fattori neurobiologici dietro il processo di dipendenza, i trattamenti farmacologici e le implicazioni sul ruolo dell'ergoterapista	Revisione narrativa + un caso clinico	Disturbo di abuso di sostanza	Combinazione di un approccio farmacologico e terapie psicosociali Ruolo dell'ergoterapia nella presa di coscienza dei processi neurologici e ripercussioni sulle AVQ e l'ambiente sociale. Gestione dello stress, del tempo, prevenzione delle ricadute.	Metodologia della ricerca non esplicita, ne nella revisione, ne nel caso clinico. Assenza di un analisi autocritica dei risultati. Fonti non sempre citati.
Food Addiction: Evidence, Evaluation, and Treatment.	Yau et al. (2014)	Descrivere lo stato d'arte della dipendenza al cibo Paragonare con il disturbo di abuso di sostanze e dipendenze classiche Definire i trattamenti	Revisione narrativa Interventi Individuali o di gruppo	Obesità, BED, Disturbo di abuso di sostanza, dipendenze classiche	Trattamento farmacologico, psicoterapia (CBT, DBT, IPT, terapia Familiare), auto-aiuto, *peer-support (12-Steps Program)- Overeaters Anonymous (OA)*, consulenza nutrizionale, terapie combinate, prevenzione e politiche sanitarie	Metodologia di ricerca non esplicita. Mancanza di evidenze sui diversi trattamenti esposti per la dipendenza al cibo Nessun riferimento ergoterapico.
The Neurobiology of "Food Addiction" and Its Implications for Obesity Treatment and Policy	Carter et al. (2016)	Determinare la validità della diagnosi di dipendenza dal cibo in alcuni casi di obesità o sovrappeso e le implicazioni sui trattamenti, le politiche sanitarie e le stigma.	Revisione narrativa	Obesità, BED	Psicoterapia e approcci di allenamento cognitivo, sistema di ricompensa (p.e. con soldi), esercizio fisico, lavoro sull'auto-stima, politiche di salute pubblica, farmaci, implicazioni per il sistema sanitario a riguardo di un modello basato sulla dipendenza al cibo nell'obesità.	La dipendenza dal cibo si basa principalmente su studi realizzati su animali. Più ricerche scientifiche sono necessarie per validare i diversi trattamenti. Metodologia della revisione non chiara, nessun riferimento ergoterapico.
The diagnosis and treatment of eating disorders.	Herpertz et al.(2011)	Fornire delle linee guida per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare	Parere dell'esperto Approvato dal consenso di più esperti	BED	CBT e IPT Farmaci Combinazione farmaci con CBT Programmi di riduzione o mantenimento del peso	Inclusione di pochi approcci Metodologia non esplicita per la parte sul BED Riferimento agli fonti non chiaro Nessun riferimento ergoterapico

8.2.1 Strategie psicologiche

Le strategie psicologiche sono state prese in considerazione da tutti i 10 articoli di questa revisione. Gli interventi che si ritrovano maggiormente sono la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia dialettico-comportamentale (DBT) e la psicoterapia interpersonale (IPT). Tutti e tre hanno effetti positivi nel BED e, in caso di dipendenze classiche sul miglioramento delle capacità cognitive, la presa di coscienza delle proprie problematiche e la gestione delle emozioni e dello stress ma la loro efficacia è variabile a lungo termine e sulla perdità di peso (Yau et al., 2014, Amianto et al., 2015, Herpertz et al., 2011). La CBT è studiata da Stoffel & Moyers (2004) quali dimostrano la sua utilità nei pazienti con dipendenze classiche in un intervento ergoterapico: il paziente identifica i suoi pensieri, sentimenti, azioni presenti e precedenti che possano provocare situazioni a rischio di consumo in modo tale che l'ergoterapista possa aiutarlo a capire le sue scelte ed a valutare le diverse conseguenze di queste scelte. In modo più generale, Carter et al. (2016) considerano che le psicoterapie sono efficace nel controllo dell'impulsività, il miglioramento della regolazione emozionale e della tolleranza, e il riposizionamento del cibo come fonte nutrizionale e non di ricompensa o di piacere. Stoffel & Moyers (2004) evidenziano che un allenamento alle strategie di *coping* come tecniche per sostituire i pensieri per la sostanza con altri o evitare gli ambienti a rischio, sono ben assimilati dai pazienti e possono essere d'aiuto per mantenere la guarigione a lungo termine. Singlehurst et al. (2007) sottolineano che la gestione dell'immagine di sé, concetto che più dell'apparenza fisica rappresenta anche la percezione di sé come individuo, deve essere approfondito nella pratica degli ergoterapisti, non ancora competenti, attraverso formazioni e pratica.

8.2.2 Strategie occupazionali

L'efficacia delle strategie occupazionali nei diversi articoli richiedono maggiori approfondimenti. Tuttavia il potenziale della riabilitazione ergoterapica attraverso la partecipazione in occupazioni in contesto reale è stato individuato da più studi. Avvalendosi di diverse tecniche psicoterapiche prima descritte l'ergoterapista, che lavora con persone con dipendenze classiche o BED, si concentra sul miglioramento dell'equilibrio occupazionale e agisce su diversi aspetti compromessi della persona, della sua performance occupazionale e del suo ambiente. Dopo una breve descrizione dell'efficacia dell'intervento ergoterapico nella riabilitazione delle problematiche succitate, saranno presentati i risultati della ricerca specifici delle strategie ergoterapiche secondo i temi seguenti:
- Modificazione dei pensieri disfunzionali e lo sviluppo delle capacità cognitive
- Ri-definizione dei ruoli occupazionali e la gestione del tempo,
- Ambiente fisico e sociale e prevenzione delle ricadute

Efficacia del intervento ergoterapico

Martin e al. (2008) hanno valutato l'efficacia di un programma di riabilitazione delle persone con dipendenza dalle sostanze che offre un intervento ergoterapico osservando risultati positivi nella performance occupazionale, la stima di sé e la qualità di vita. Wasmuth et al. (2016) e Gutman (2006) spiegano l'efficacia degli interventi basati sull'occupazione dal fatto che essi richiedono la partecipazione attiva e l'utilizzo delle proprie competenze al momento, sviluppando le esperienze di meta-cognizione che possono, a loro volta, aumentare la l'autoefficacia. Cosi, integrando CBT e altri

interventi didattici con un approccio basato sull'occupazione si facilita l'ottenimento di risultati migliori nella riabilitazione delle persone con dipendenze. Singlehurst et al. (2007) ricordano che ottenere informazioni sulle abitudini[14], sui ruoli e *routine*[15] attraverso strumenti di *assessment* e intervenire sulle persone con disturbi di alimentazione, facilitando la loro reintegrazione in attività significative è parte delle competenze degli ergoterapisti. Wasmuth et al. (2016) parlano del potenziale terapeutico del gruppo e consigliano interventi basati sulla partecipazione sociale (più efficaci di quelli basati sul tempo libero o sul lavoro); interventi dove l'obbiettivo è l'interazione sociale. Inoltre difendono il concetto secondo quale il vedere la dipendenza come un'occupazione potrebbe aiutare i terapisti ad entrare in empatia con il paziente ed a creare una relazione aperta, di fiducia e non moralistica. Nello stesso senso è importante considerare il dualismo e le sfumature tra gli effetti positivi e negativi della dipendenza sulla propria vita, che permettono di capire il percorso personale e vedere la riabilitazione non solo come la presenza o l'assenza di sostanza (Kiepek & Magalhães, 2011).

In sintesi *Attraverso interventi ergoterapici basati sull'occupazione, la partecipazione sociale in setting di gruppo e la gestione del tempo, l'efficacia dell'intervento ergoterapico presso le persone con dipendenze classiche o BED si osserva nel miglioramento della stima di sé, della meta-cognizione, dell'auto-efficacia, della qualità di vita.*

Modificazione dei pensieri disfunzionali e sviluppo delle capacità cognitive

Secondo Gutman (2006) gli interventi basati sull'occupazione sono più efficaci di quelli didattici per ottenere una modificazione dei pensieri e delle abitudini disfunzionali. Carter et al. (2016) rilevano l'influenza dell'attività fisica sui processi neurologici, psicologici e comportamentali, sottolineando il suo effetto positivo sulla presa di decisione. Gutman (2006) sottolinea la competenza unica degli ergoterapisti nell'analizzare, classificare e adattare le attività per aiutare le persone a fare piccoli e progressivi cambiamenti fino a raggiungere obbiettivi più importanti per il mantenimento dall'astinenza. Stoffel & Moyers (2004) parlano dell'autoefficacia, quale capacità essenziale per la riduzione dell'uso di sostanze e raggiungibile attraverso la partecipazione in occupazioni sane e ruoli valorizzanti. Gutman (2006) sottolinea l'importanza del sostegno delle persone viccine al paziente e dimostra la necessità di organizzare dei confronti queste persone care in modo da rendere cosciente il paziente delle ripercussioni dell'abuso di sostanze sulla sua salute, la sua famiglia, il suo lavoro, le sue finanze e i suoi obiettivi personali. È importante anche secondo Carter et al. (2016) ridurre la stigmattizzazione intorno a l'obesità spiegando alla famiglia i processi neurologici dietro la dipendenza dal cibo in modo da ottenere più empatia e comprensione di fronte a episodi di ricaduta.

In sintesi *la modificazione dei pensieri e abitudini disfunzionali, il miglioramento dell'auto-efficacia e della presa di decisione si ottengono attraverso la partecipazione in attività significative e valorizzanti, l'attività fisica, il sostegno dei cari e la comprensione dei processi neurologici legati alla dipendenza.*

Ri-definizione dei ruoli occupazionali e gestione del tempo

Wasmuth et al. (2016) hanno studiato l'efficacia di un approccio basato sull'occupazione nelle persone affette da abuso di sostanze e hanno definito che per essere efficace, qualsiasi nuova attività proposta deve diventare un occupazione (desiderata, adottata e incorporata nella vita quotidiana). Perché la dipendenza diventa

[14] capacità sviluppata con l'esperienza che permette un'azione efficace (Meyer, 2013).

[15] Sequenza stabilita e prevedibile di compiti (Meyer, 2013).

una *routine* e conferisce una certa stabilità alla propria identità, l'ergoterapista che lavora con persone affette da disturbi dell'alimentazione basa il suo intervento sul cambiamento delle *routine* non sane in *routine* sane (Singlehurst et al., 2007).Wasmuth et al. (2016) identificano le aree occupazionali principalmente utilizzati dagli ergoterapisti negli interventi su persone con disturbi di abuso di sostanze; delle otto aree occupazionali proposte dall'American Occupational Therapy Association (2014) sono state evidenziate nell'ordine le aree "tempo libero", "partecipazione sociale" e "lavoro". Kiepek & Magalhães (2011) identificano anche queste tre aree parlando di attività parallele ossia le attività che possono essere svolte contemporaneamente. L'organizzazione del tempo è essenziale per la maggior parte degli autori e nello stesso modo che Singlehurst et al. (2007) e Kiepek & Magalhães (2011) identificano una relazione tra la gestione del tempo, l'occupazione, la salute e il benessere. Gutman (2006) suggerisce che le persone con dipendenze classiche devono essere capaci di gestire il loro tempo per evitare le attività, abitudini e routine associate alla dipendenza, sviluppando nuove attività nel tempo libero.

In sintesi *Lo sviluppo ed il mantenimento di nuovi ruoli occupazionali si ottengono attraverso la scelta di attività significative che combina, possibilmente, la partecipazione sociale con un'altra attività di tempo libero o di lavoro. La gestione del tempo è essenziale sia per favorire nuove routine sane e sia per evitare situazioni a rischio di ricaduta.*

Ambiente fisico e sociale e prevenzione delle ricadute

Kiepek & Magalhães (2011) indicano la necessità di prendere in considerazione l'ambiente culturale che condiziona le occupazioni, creando delle aspettative per sperimentare divertimenti e piacere. Carter et al. (2016) parla dell'influenza dell'ambiente obesogenico e Gutman (2006) sottolinea il ruolo dell'ergoterapista nella prevenzione del fenomeno di *priming,* idealmente in un *setting* di gruppo e attraverso un allenamento pratico, dove vengono identificati ed evitati situazioni specifiche che possano innescare il consumo e la ricaduta. Stoffel & Moyers (2004) dimostrano il successo degli interventi ergoterapici per lo sviluppo dei contatti sociali con altri pazienti e la famiglia. Martin et al. (2008) consigliano il coinvolgimento della famiglia nel processo di riabilitazione successivamente al rientro a casa, come la partecipazione a gruppi di sostegno di tipo AA, per limitare il rischio di ricadute. Questa tematica della rete sociale è ripresa da Gutman (2006) che parla dello sviluppo di ruoli attraverso nuove attività che non sono in relazione con le ex abitudini e routine; avere coscienza che le vecchie abitudini e routine possono innescare la ricaduta è fondamentale per essere motivato ad evitare le situazioni a rischio. Nel caso in cui il coniuge o altri parenti stretti usano sostanze, è consigliato una terapia di gruppo. Per Martin et al. (2008) il rischio di ricaduta è minore (dopo la dimissione dal centro di riabilitazione) se il residente può accedere a strutture di accoglienza aperta 24/24.

In sintesi *Le nuove occupazioni devono essere significative sia per la persona che per la società in cui vive. La prevenzione del fenomeno di priming, legato all'ambiente obesogenico ed alle vecchie abitudini, lo sviluppo di nuove relazioni sociali sane e la risoluzione dei conflitti famigliari aiutano a ridurre il rischio di ricaduta.*

8.2.3 Strategie di auto-aiuto, *Peer support e 12-step treatment programs*

Stoffel & Moyers (2004) e Martin et al. (2008) dimostrano l'efficacia dei gruppi di auto-aiuto, attraverso l'utilizzo dei principi pratici e spirituali, nella diminuzione del tasso di ricaduta. Sostengono che gli ergoterapisti dovrebbero aiutare i pazienti a mettersi in relazione con questi gruppi, considerati strumento necessario per sostenere la motivazione ed il recupero spirituale. Si è infatti notato che la ricerca del tipo di gruppo idoneo ai propri bisogni può rappresentare una sfida in quanto ne esistono una grande

varietà con impostazioni diverse. L'ergoterapista agisce quindi come *coach* nel trovare la forma di gruppo potenzialmente migliore per il paziente e per la sua famiglia. Anche Gutman (2006) riconosce l'utilità di esporre i pazienti a persone che hanno avuto successo nella riabilitazione dalla dipendenza per il loro ruolo di modello e di fonte di motivazione nel mantenere l'astinenza. Essi aiutano anche a modificare i pensieri distorti sulla ricompensa e sui rischi per la salute più della famiglia di appartenenza o del terapista. Yau et. Al (2014) riconoscono l'efficacia dei gruppi di auto-aiuto sulla riduzione degli episodi di *binge-eating* e delle problematiche psichiatriche, incluse le preoccupazioni eccessive sulla forma del corpo, l'alimentazione e il peso. Osservano un effetto mantenuto a 6 mesi e della possibile trasferibilità a persone con dipendenza al cibo. Wasmuth et al. (2016) osservano un'efficacia superiore dell'intervento basato sulla comunità rispetto all'intervento di CBT nelle persone con abuso di sostanze. Il programma 12-steps è presentato nella revisione di Stoffel & Moyer (2004) come una modalità valida nelle persone affette da abuso di sostanze. Yau et al. (2014) parlano del programma 12-steps dei *Overeaters Anonymous* (OA), o mangiatori eccessivi anonimi, diretto a persone con problemi legati al cibo, come per esempio la dipendenza o i comportamenti impulsivi. Poca letteratura esiste sugli OA e la loro efficacia deve ancora essere dimostrata, sia per il BED che per la dipendenza dal cibo. Per Stoffel & Moyers (2004) i professionali della salute, incluso gli ergoterapisti che lavorano con i pazienti affetti da abuso di sostanze, dovrebbero considerare più spesso la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto come parte primordiale del loro intervento invece di considerarli come una terapia aggiuntiva.

8.2.4 Strategie motivazionali e di prevenzione delle ricadute

Secondo Stoffel & Moyers (2004) le strategie motivazionali si basano sulla disponibilità del paziente a cambiare; promuovono l'auto-critica, la pianificazione e l'azione, sostenendo il processo di cambiamento della persona nel prendersi la responsabilità del proprio stato di salute. Una caratteristica delle persone con *BED* è l'alleanza terapeutica debole, una bassa padronanza e poca voglia di chiarezza, che hanno per conseguenza una prevedibile insoddisfazione con discontinuità nel trattamento. Per gestire questi fattori, Amianto et al. (2015) propongono un *setting* flessibile che prende in considerazione sia i deficit fisici che psicologici. Entrambi le revisioni di Amianto et al. (2015) e Herpertz et al. (2011) evidenziano la necessità di trattare le comorbidità psicologiche e fisiche dei pazienti con *BED* per mantenere l'alleanza terapeutica e prevenire il rischio di ricadute. Amianto et al. (2015) osservano che entrambi i tipi di interventi di prevenzione delle ricadute in formato individuale e di gruppo sono efficaci sullo sviluppo delle competenze psicosociali e strategie di *coping* che agiscono positivamente sulla depressione, l'aggressività, la passività, le emozioni negative, la stima di sé, la soddisfazione della vita e l'assertività.

8.2.5 Strategie legate alla pianificazione dei trattamenti

Stoffel & Moyers (2004) parlano degli interventi brevi: sono terapie da 15 minuti ad un ora, organizzate regolarmente, anche telefonicamente, e sono utili per la raccolta di informazioni relative alle *routine* ed all'impatto circa l'uso di sostanze sulla performance e sulle scelte occupazionali. Inoltre permettono di mantenere la motivazione nei cambiamenti di vita e aiutare la persona ad essere più attiva nella sua partecipazione alla vita della comunità. Malgrado risultati eterogenei sull'efficacia degli interventi brevi sul consumo di sostanze, Stoffel & Moyers (2004) sostengono l'utilità di questo

approccio riguardo alla presa di coscienza nelle persone rispetto al loro bisogno di cambiare; un intervento ergoterapico che non facesse uso di questo approccio sarebbe eticamente contestabile. Secondo (Amianto et al., 2015) il programma di trattamento può essere favorito da un'impostazione a tappe, includendo valutazioni intermedie ed aggiustamenti con interventi specializzati.

8.2.6 Strategie multidisciplinari

Herpertz et al. (2011) hanno proposto delle linee guida per la presa in carico delle persone con BED e propongono un trattamento multidisciplinare nel caso in cui un'ospedalizzazione sia necessaria (per esempio in assenza di servizi di cura in prossimità del domicilio del paziente o in presenza di una comorbidità psicologica o fisica severa). Gutman (2006) parla della combinazione di un trattamento farmacologico e di terapia psicosociale come strategia migliore per la riabilitazione delle persone con dipendenza, denunciando nel contempo la mancanza di supporto delle politiche sanitarie americane che hanno ridotto sia il periodo che il rimborso dei costi di presa in carico. Secondo gli studi presentati nella revisione di Stoffel & Moyers (2004) gli ergoterapisti dovrebbero considerare l'utilizzo di una combinazione di strategie motivazionali, di CBT e di principi del *12-steps* per aiutare i pazienti a sviluppare la performance cognitiva necessaria al mantenimento dell'astinenza. Yau et al. (2104) ipotizzano che una combinazione di strategie di trattamenti diversi, potrebbe aiutare i pazienti a sviluppare più strategie di *coping* per migliorare la loro capacità a identificare, gestire e tollerare i loro stati emotivi. Invece, Amianto et al., (2015) rilevano che le evidenze scientifiche ai fini della combinazione di strategie sono scarse, al contrario di un trattamento a tappe (del tipo *12-steps programs*) che sembra più efficace.

8.2.7 Strumenti di valutazione

Gli strumenti di valutazione utilizzati negli studi inclusi in questa revisione sono presentati in ordine alfabetico nella tabella seguente.

Strumento	***Scopo***	***Citato in***
Beck Depression Inventory (BDI)	Per le persone con diagnosi di comorbidità di disturbo da uso di sostanze e depressione.	Wasmuth et al. (2016)
BMI	Misura l'indice di massa corporea.	Carter et al. (2016), Herpertz et al. (2011)
Criteri del DSM-5	Diagnosi del BED.	Amianto et al. (2015), Carter et al. (2016), Herpertz et al. (2011), Singlehurst et al. (2007)
ICD-10	Diagnosi dell'obesità associato ad altre condizioni psichiatriche e diagnosi del BED.	Carter et al. (2016), Herpertz et al. (2011)
l'Addiction Severity Index (ASI)	Misura il grado di dipendenza dalle sostanze.	Wasmuth et al. (2016)
l'Occupational Performance History Interview (OPHI-II)	Raccoglie informazioni sulla volontà, l'assuefazione, la performance occupazionale e l'ambiente.	Martin et al., (2008)
la Quality of life Rating Scale (QOLR)	Questionario auto-amministrativo che determina la percezione della qualità di vita attuale in confronto alle aspettative della persona in riabilitazione.	Martin et al., (2008)
Rosenberg Self-esteem Scale (RSES)	Strumento auto-amministrativo che misura la stima di sé dell'individuo.	Martin et al., (2008)
Yale Food Addiction Scale (YFAS)	Valutazione della presenza di dipendenza al cibo	Carter et al. (2016), Yau et al. (2014)

Mentre il BMI è stato considerato inappropriato per svelare comportamenti alimentari disfunzionali (Carter et al., 2016), la YFAS, i criteri del DSM-5 o del ICD-10 sono strumenti che permettono di indagare la presenza di dipendenza dal cibo o di BED. Per misurare l'impatto dei comportamenti alimentari disfunzionali sulla persona e sulla sua vita quotidiana, l'ergoterapista può utilizzare gli strumenti OPHI-II, QOLR e RSES. Diari, questionari o interview sono diverse forme di raccolta dati utilizzati dagli ergoterapisti.

9. Interpretazione dei risultati

Il tema di questa tesi è innovativo e i risultati emersi non sono diretti strettamente all'ergoterapia nella gestione delle persone obese con dipendenza dal cibo. Di conseguenza, è necessario interpretare i dati emersi (Wolcott, 1994) perché rende possibile evidenziare quale e in che modalità le strategie emerse dai risultati potrebbero essere trasferibili in un intervento ergoterapico. A quale scopo sono state costruite le seguente *tabelle 2, 3* e *4* frutto di un ragionamento ergoterapico basato sui risultati emersi della precedente ricerca e sui concetti attuali della scienza occupazionale, basata sull'importanza dell'occupazione nella natura umana (Henderson et al., 1991).

L'analisi attenta dei 10 articoli ha permesso la comprensione delle problematiche psicosociali e cognitivo-comportamentali correlati allo stato di dipendenza. Sono stati anche identificati gli obbiettivi da raggiungere e le strategie da mettere in atto nella riabilitazione delle persone obese la cui vita è compromessa dalla dipendenza dal cibo e/o dal BED. Queste considerazioni riflettono entrambi gli aspetti conosciuti e non di questi interventi e richiedono quindi maggiori verifiche scientifiche.

Il miglioramento della performance occupazionale, ossia la capacità dell'individuo a svolgere le sue AVQ, sta alla base di ogni intervento ergoterapico. Martin e al (2008) utilizzano il Modello dell'Occupazione Umana (MOHO) di Kielhofner et al. (1998) per rivolgere il loro intervento presso le persone con dipendenze classiche. Si tratta del primo modello concettuale nella storia dell'ergoterapia che mette l'accento sull'occupazione come strumento riabilitativo. Le tre dimensioni che compongano questo modello "identità occupazionale", "competenza occupazionale" e "setting del comportamento occupazionale" corrispondono al concetto del modello ergoterapico PEO di Law et al. (1996) che definisce la performance occupazionale come il risultato dell'interazione dinamica tra la persona (*Person*), l'ambiente (*Environment*) e l'occupazione (*Occupation*).

I risultati di questa ricerca saranno quindi interpretati e organizzati secondo queste tre dimensioni:

- *Tabella 2: Persona e l'identità occupazionale*,
- *Tabella 3: Comportamenti occupazionali e abitudini*,
- *Tabella 4: Ambiente fisico e sociale.*

Inoltre, ogni tabella, integrerà gli strumenti di valutazione emersi della ricerca e ritenuti idonei per la pratica dell'ergoterapia.

La *tabella 2* presenta gli obbiettivi e le strategie riferiti alla “persona”. La persona è considerata in modo olistico come un insieme di spirito, di corpo e di spiritualità ed è definita come un individuo unico che assume diversi ruoli. Si prendono anche in considerazione la storia della persona, le sue esperienze cosi come le sue competenze, la abilità fisica, sensoriale e cognitiva (Morel-Bracq, 2017). Kielhofner (1998) parla della dimensione personale della “*volition*” ossia la motivazione a svolgere le occupazioni, fondata sulle la capacità di controllo, le speranze, la stima di sé, i valori e gli interessi.

Tabella 2. Persona e l’identità occupazionale

Obiettivi	Strategie occupazionali
1. Aumentare la coscienza di sé/ percezione di sé **2. Aumentare le competenze cognitive, la meta-comunicazione e l’autoefficacia** **3. Modificare i pensieri disfunzionali** **4. Gestire lo stress e le emozioni negative come la rabbia, la tristezza e la paura** **5. Sviluppare la dimensione spirituale e aumentare la stima di sé** **6. Aumentare la motivazione**	1. CBT, DBT o IPT integrate ad occupazioni, in sedute individuali o di gruppo, all’interno di interventi basati sull’interazione, la percezione, l’espressione o le competenze. 2. Partecipazione in attività che facilitano un apprendimento cognitivo, intuitivo ed esperienziale e che permettono alla persona di sviluppare le sue capacità d’anticipazione e d’adattamento. 3.Partecipazione in attività che allenano il controllo dell’impulsività e la gestione dei conflitti. Comprensione dei processi cognitivi (ricompensa, priming, ricaduta) 4. Miglioramento della performance occupazionale per ridurre i fattori di stress. Insegnamento e pratica di tecniche di gestione dello stress e strategie di *coping*: *mindfullness*, meditazione, rilassamento muscolare, visualizzazione e respirazione profonda. 5. Facilitare la partecipazione a gruppi OA con modalità *12-steps* 6. Sviluppo della relazione terapeutica, organizzazione di interventi brevi (di circa 30min): colloquio, telefono, mail, diario. Le modalità e la durata degli interventi brevi non sono ancora stati dimostrati chiaramente dalla ricerca. Interventi basati sull’autocritica, la pianificazione e la responsabilità. Partecipazione in occupazioni in quale la persone si identifica e dove trova un nuovo ruolo che la soddisfa. Collaborazione tra *i peer support specialist* e l’ergoterapista per le questioni specifiche delle AVQ
Strumenti di valutazione	
Yale Food Addiction Scale (YFAS), Rosenberg Self-esteem Scale (RSES, *Quality of life Rating Scale* (QOLR), *Beck Depression Inventory* (BDI).	

La *tabella 3* si riferisce agli obbiettivi e le strategie in relazione alle attività di vita quotidiana in generale e alle aree di occupazione del “tempo libero”, “partecipazione sociale” e “lavoro” in particolare. Queste tre aree occupazionali sono state maggiormente studiate negli articoli basati su interventi ergoterapici. Con comportamenti occupazionali e abitudini si intendono il grado di organizzazione, l’appropriatezza sociale, la flessibilità. Le occupazioni sono gruppi di attività e compiti nei quali l’individuo si impegna per rispondere ai suoi bisogni e la cura di sé, d’espressione e di realizzazione personale (Morel-Bracq, 2017).

Tabella 3. Comportamenti occupazionali e abitudini

Obiettivi	Strategie occupazionali
1. Cambiare le abitudini disfunzionali in abitudini sane	1. Allenamento in attività reali in un contesto ecologico (della persona) Adattamento delle attività per ottenere progressi graduali e durabili Scelta di attività significative che sono facilmente incorporabili nella vita quotidiana. Se necessario, sostegno nella ricerca di formazioni e/o lavoro che permetta la reintegrazione della persona nella comunità.
2. Gestire il tempo	2. Organizzare il tempo in modo da evitare situazioni di stress o tempi prolungati di svago (noia). Pianificazione degli interventi in collaborazione con gli altri professionisti o gruppi di supporto/*peer support specialist* per assicurare una regolarità e una ripartizione strategica del sostegno nel tempo.
3. Evitare situazioni a rischio	3. Organizzazione giornaliera in modo da evitare situazioni a rischio: percorso, momento per fare la spesa, organizzazione dei pasti, organizzazione dei luoghi di vita.
4. Sviluppare la partecipazione sociale	4. Favorire la partecipazione ad attività che sviluppino la partecipazione sociale secondo gli interessi e gli obbiettivi della persona (gruppi di sostegno, squadra sportiva, gruppi di cucina per imparare a preparare pasti sani, formazione professionale, gruppi di musica, danza, volontariato in un associazione, partecipazione alla cita della comunità…)
5. Definire la presa in carico	5. Cliniche di riabilitazione, ambulatorio, sostegno giornaliero con *peer support specialist* o settimanale con un gruppo OA, interventi brevi ergoterapici, cicli di 9 sedute riconducibili, lavoro multidisciplinare.
	Strumenti di valutazione
Canadian Occupational Performance Measure (COPM), l’Activity Card Sort (ACS), lista interessi del MOHO, *l’Activity of Daily Living Index*, *Modified barthel index*, Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)	

La tabella 4 concerne l’ambiente fisico e sociale della persona. L’ergoterapista considera particolarmente l’ambiente perché la persona è vista sotto un aspetto dinamico in costante divenire che interagisce con l’ambiente. Nel caso delle persone con obesità si potrebbe per esempio pensare ad un intervento che focalizzi la riduzione delle barriere architettoniche. Tuttavia, la peculiarità della dipendenza dal cibo porta l’ergoterapista a considerare anche altre dimensioni ambientali. Infatti, l’analisi dei risultati ha messo in evidenza la correlazione tra l’ambiente obesogenico e il tasso di ricaduta nelle persone con BED. Ha messo anche in luce l’influenza della famiglia o del gruppo di pari sulla motivazione e sulla scelta delle occupazioni. Questa tabella considera quindi l’ambiente nel senso ampio del termine, in funzione della prospettiva dell’individuo, del gruppo o della comunità.

Tabella 4. Ambiente fisico e sociale

Obiettivi	Strategie occupazionali
1. Sviluppare relazioni sociali che non portino a comportamenti alimentari disfunzionali	1. Partecipazione a gruppo OA, incontri con il *peer support specialist,* e nel limite del possibile circondarsi di persone che hanno uno stile di vita sano. Apprendimento dei trucchi per vincere le sfide in situazione di partecipazione sociale dove il cibo è un elemento centrale.
2. Ridurre gli stimoli che richiede il cibo	2. Comprensione del fenomeno di *priming* per poter anticipare e evitare situazioni a rischio. Sistemazione del luogo di vita /lavoro per togliere stimoli visivi associati al cibo. Sensibilizzazione della famiglia e terapia di gruppo se necessaria
3. Agire sull'ambiente obesogenico della comunità	3. Supporto alla creazione di progetti che rendono la persona partecipe al miglioramento della propria comunità, agendo per esempio sull'ambiente obesogenico o facilitando l'accessibilità all'attività fisica.
Strumenti di valutazione	
Environmental Grid Description Assessment (Dunning, 1972): misura la relazione che la persona ha con il suo ambiente fisico, sociale e culturale e le competenze, *Environment Preference Questionnaire* (Kaplan, 1977): misura le differenze nella persona in funzione dei diversi ambienti fisici), *Environment Response Inventory* (McKecchnie, 1974) : misura i modi diversi di interagire con l'ambiente sociale e la comunità, Life Stressor and Social Resources Inventory (Moos, Fenn & Billings, 1988): misura i fattori stressogeni e le risorse sociali che influenzano il benessere, *Modification Checklist* (CMHC, 1988): misura l'accessibilità e le barriere architettoniche dell'alloggio.	

10 Discussione dei risultati

In questo capitolo si cercherà di correlare, discutere e confrontare gli elementi emersi durante il lavoro di tesi. La prima parte confronterà i risultati ottenuti con gli obiettivi del lavoro di tesi. La seconda parte approfondirà altre dimensioni poco considerate negli articoli revisionati ma che potrebbero essere utili nella presa in carico ergoterapica delle persone obese con dipendenza dal cibo. La terza parte offrirà una riflessione critica sui limiti della presente ricerca. Infine, la quarta parte presenterà le possibilità di estensione del lavoro di tesi.

10.1 Confronto tra risultati ottenuti e obiettivi del lavoro di tesi.

Lo scopo principale del lavoro di tesi riguarda l'approfondimento dei problemi occupazionali della persona con obesità, interpretata come dipendente dal cibo, in modo da verificare la trasferibilità degli interventi ergoterapici attualmente proposti nella riabilitazione delle persone con dipendenze classico o BED. L'analisi degli articoli ha evidenziato le similitudini tra le caratteristiche delle persone obese con dipendenza dal cibo e le persone con SUD, dipendenze classiche o BED, facendo quindi pensare alla possibile trasferibilità degli interventi ergoterapici e degli altri trattamenti attualmente proposti a queste problematiche. Tre spunti di riflessione sono stati estrapolati dai risultati (tabelle 2,3,4) portando proposte concrete da inserire in un intervento ergoterapico con persone obese dipendenti dal cibo/con BED. Questi spunti di riflessione che sono la persona/identità, l'occupazione/abitudini e l'ambiente fisico/sociale vengono riassunti e discussi nei tre seguenti sotto capitoli.

10.1.1 Agire sulla persona e l'identità occupazionale per trovare il senso di sé.

Il ruolo dell'ergoterapista nello sviluppo delle capacità intrapersonali è stato dimostrato da Gutman (2006), Martin et al., (2008), Singlehurst et al. (2007) e Stoffel & Moyers (2004) nei pazienti con dipendenze classiche, SUD o BED. Ritrovare un'identità occupazionale attraverso lo sviluppo di queste capacità intrapersonali è un punto importante nella presa in carico ergoterapica perché rappresenta il senso di sé (o coscienza di sé/percezione di sé) e include la conoscenza di sé nei propri ruoli e l'investimento individuale nel ruolo (Kielhofner, 1998). Essere obeso nei paesi occidentali, dove la percezione del benessere è inversamente proporzionale al numero indicato dalla bilancia e dove i media trasmettono incessanti immagini di corpi ideali, porta naturalmente a preoccupazioni da cui scaturisce l'alterazione dell'immagine di sé. Per la persona obesa con dipendenza dal cibo e, soprattutto, per le persone con BED, le preoccupazioni per il proprio peso e l'aspetto del corpo sono preponderanti e compromettono la salute emozionale e la stima di sé, esacerbando a volte i comportamenti compulsivi e la depressione (Singlehurst et al., 2007).
Le terapie psicologiche, comprese la CBT, DBT et IPT e le strategie di *coping e* motivazionali hanno risultati contrastanti che richiedono ulteriori approfondimenti (Amianto et al., 2015, Yau et al., 2014, Herpertz et al., 2011). Tuttavia sono state ritenute utili da diversi autori e rappresentano una potenziale terapia per le problematiche di dipendenza dal cibo nelle persone obese (Carter et al., 2016). La CBT è l'unico approccio studiato dagli ergoterapisti di questa revisione ed è stato ritenuto utile per l'identificazione dei pensieri e sentimenti che possano provocare situazioni a rischio di consumo compulsivo di cibo (Stoffel & Moyers, 2004). La DBT di cui l'efficacia è stata dimostrata per il suo effetto sulla regolazione delle emozioni e la tolleranza allo stress (Amianto et al., 2015, Yau et al., 2014), potrebbe anche essere uno strumento inseribile in un intervento ergoterapico. Infatti, gestire lo stress è una componente importante nella riabilitazione visto il suo impatto sui comportamenti alimentari; lo stress cronico è associato ad un aumento della vulnerabilità di fronte alle dipendenze (Sinha & Jastreboff, 2013) ed al consumo di alimenti, specialmente in presenza di cibi *hyper-palatable* e altamente energetici (Dallman et al., 2005). La IPT, presentata da tre studi è considerata efficace per gli aspetti sociali legati al cambiamento dei ruoli/identità e nell'affrontare i conflitti interpersonali (Amianto et al., 2015, Herpertz et al., 2011, Yau et al., 2014). Tutti e tre le tecniche hanno dimostrato la loro efficacia nella riduzione degli episodi di *binge-eating* e possono quindi essere considerate potenzialmente utili nella riabilitazione delle persone obese con dipendenza al cibo (Yau et al., 2014).
Inoltre, una parte importante nel processo ergoterapico di riabilitazione è l'acquisizione delle conoscenze sui processi neurologici che portano alla dipendenza e provocano le ricadute. Interventi educativi sono quindi necessari per una migliore comprensione del proprio stato e una migliore gestione dello stesso (Amianto et al., 2015). Gutman et al. (2006) propongono un insegnamento sia per il paziente che la sua famiglia al fine di rendere più realistiche le aspettative e cambiare la percezione della malattia e delle ricadute aumentando, di conseguenza, la propria autostima. La comprensione dei meccanismi neurologici e della cronicità di questa condizioni è nello stesso modo necessaria per l'ergoterapista che deve capire i meccanismi neurologici peculiari dell'astinenza per aiutare meglio la persona nel suo percorso di guarigione.

10.1.2 Agire sulle occupazioni e le abitudini di vita per ritrovare un equilibrio occupazionale.

La competenza occupazionale secondo Kielhofner (1998) si riferisce alla capacità di concretizzare un identità in un modo soddisfacente per sé e corrispondente alle aspettative dell'ambiente. Nello stesso modo Wasmuth et al. (2016) sottolineavano che per essere efficace, qualsiasi nuova attività proposta deve diventare un occupazione (desiderata, adottata e incorporata nella vita quotidiana). Questo concetto spiega i risultati deludenti delle strategie comportamentali basate sulle diete e sull'esercizio fisico (Herpertz et al., 2011, Yau et al., 2014) che sono spesso una costrizione per la persona. Inoltre, diete troppo restrittive, innescano comportamenti compulsivi nelle persone con BED e l'esercizio fisico può essere deleterio se non rispetta le condizioni fisiche della persona (Amianto et al., 2015).
Oggi, l'ergoterapista che lavora con le persone obese orienta il suo intervento soprattutto sull'aumento dell'esercizio fisico, coinvolgendo la persona in attività ricreative significative che considerano anche l'aspetto sociale (Haracz et al., 2013). Secondo Carter et al. (2016), l'attività fisica è un'ottima strategia per il suo effetto inibitore sul consumo eccessivo di cibo e il suo effettivo positivo sull'umore. Tuttavia, per agire sulla dipendenza al cibo o il BED, le strategie educative con programmi di educazione alla nutrizione non sono sufficienti per mantenere un cambiamento di stile di vita nel lungo termine (Yau et al. 2014). È quindi necessario costruire, parallelamente allo sviluppo delle capacità intrapersonali descritte prima, nuovi ruoli, attività, abitudini e routine che distaccano dal consumo eccessivo di cibo. Singlehurst et al. (2007) rapportavano che guardare la TV è l'occupazione giornaliera più importante dopo il lavoro in Gran Bretagna. La TV invia stimoli costanti sul cibo e, contestualmente, induce a paragonarsi con le immagini di corpi ideali che aumentano il rischio di disturbi legati all'immagine del proprio corpo e, di conseguenza, abbassano il livello di stima di sé. La televisione può quindi essere considerata un'attività a rischio e, conseguentemente, deve essere sostituita. Inoltre, le preoccupazioni per il cibo stimolano a privilegiare occupazioni in cui lo scopo è quello di ottenere un accesso al cibo, in ambienti che permettono di mangiare nel modo desiderato ed evitare situazioni che non includono il cibo. Gli ergoterapisti devono quindi aiutare la persona a sviluppare nuovi interessi utilizzando diverse strategie comportamentale includendo azioni compensatorie e evitanti.
Tuttavia, il concetto secondo quale sviare situazioni a rischio, riduce il tasso di ricaduta (Gutman, 2006) comprensibile, per esempio, nel caso di abuso di sostanze, di disturbo dal gioco d'azzardo o di shopping compulsivo che non interferiscono per forza sulla partecipazione sociale. Invece nella dipendenza dal cibo o il BED, la sostanza in questione, il cibo appunto, è spesso parte integrante della partecipazione sociale. Abitudini e scelte alimentari si sviluppano presto nella vita di un individuo che impara cosa, quando e quanto mangiare attraverso l'esperienza diretta con il cibo ed osservando il comportamento dei propri genitori, loro stessi influenzati dalla visione della società in cui si trovano (Birch, Savage, & Ventura, 2007). Partecipare ad una grigliata tra amici o ritrovarsi in famiglia per il pranzo domenicale, sono situazioni dove è difficile scindere il cibo dell'aspetto sociale. L'ergoterapista dovrà quindi essere attento nel definire un equilibrio tra le occupazioni non sane da cambiare e quelle non sane ma con effetto positivo sull'individuo (Kiepek & Magalhães, 2011).
Le modalità in cui vengono proposti i diversi trattamenti per il BED o le dipendenze classiche sono molto varie: cliniche di riabilitazione per 3 mesi, per un mese, presa in

carico ambulatoriale, sostegno giornaliero con i *peer support specialist* o settimanale con un gruppo OA, interventi brevi ergoterapici o multidisciplinari.
Per l'ergoterapista, intervenire in un contesto protetto (clinica di riabilitazione) o aperto (nell'ambiente ecologico) ha diversi vantaggi e svantaggi che portano entrambi a strategie differenti ma complementari. Il fatto di essere in un ambiente protetto favorisce l'evitazione di situazioni, la scoperta di nuove attività e lo sviluppo di relazioni sociali diversi dal gruppo di pari rischio (Martin et al., 2008); d'altra parte, rimane un contesto artificiale che non riflette il mondo reale. La dimissione può quindi essere accompagnata da un calo dell'umore e della motivazione per la sfida che rappresenta il mondo reale. È quindi importante stabilire nuove abitudini nel più breve tempo possibile da mantenere in seguito.
Raccogliere informazioni sulle abitudini e indagare sulle attività potenzialmente adeguate alla persona è competenza degli ergoterapisti: per definire le priorità del paziente, questi ultimi potranno utilizzare il *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM), l'Activity Card Sort (ACS) o la lista interessi del MOHO. Nel caso di determinare il profilo e la partecipazione della persona, il Social Profile può essere uno strumento utile. Invece se servisse valutare le capacità della persona nel prendere cura di sé, *l'Activity of Daily Living Index*, il *Modified barthel index* o il Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS) potrebbe essere d'aiuto.
Siccome i disturbi dell'alimentazione e in particolare il BED ha un impatto sulla partecipazione sociale e porta all'isolamento (Amianto et al., 2015), l'utilizzo di questi strumenti di valutazione servono a definire gli interventi che la persona ritiene utile per sè stessa, aumentare la performance occupazionale dove è necessario e favorire lo sviluppo delle relazione sociali e l'implicazione nella comunità in modo da mantenere la motivazione alta e ridurre il rischio di ricaduta. La dipendenza da qualsiasi sostanza, incluso il cibo, occupa un posto centrale nella vita quotidiana della persona e, come sottolineano Wasmuth et al. (2016), la persona in riabilitazione potrebbe subire una perdita importante di occupazione e di identità.

10.1.3 Agire sull'ambiente fisico e sociale per mantenere uno stile di vita sano.

Il comportamento alimentare è condizionato da fattori biologici ma anche culturali, economici e psicosociali (Yau et al., 2014). Il modello ergoterapico di Kielhofner et al. (1998) segue questo concetto con la terza componente della performance occupazionale: il *setting* del comportamento occupazionale che rappresenta l'ambiente nel quale i ruoli occupazionali sono svolti e l'influenza che ha sul comportamento.
Nel passato, le teorie hanno spesso attribuito la dipendenza a fattori individuali legati alla personalità, al comportamento morale o alla malattia (Gutman, 2006). L'ergoterapia può contribuire ad aumentare le evidenze scientifiche che attestano l'influenza significativa dei fattori ambientali sulla performance occupazionale dell'individuo. Fattori culturali, sociali e contestuali influenzano le emozioni, i sentimenti, il giudizio e la presa di decisione (S. Wasmuth et al., 2016). Inoltre, l'ambiente sociale in particolare definisce le aspettative e le regole legate alla pertinenza, l'appropriatezza e il successo di tale o tale occupazione (Kiepek & Magalhães, 2011). È stato stabilito che "le decisioni sono raramente il prodotto di un analisi attenta intrapresa in isolamento dell'ambiente specifico o del contesto sociale in quale tale scelta si presenta" (Duff, 2007 in Kiepek & Magalhães, 2011, p 269). Inoltre, la dipendenza dal cibo e i disturbi alimentari, sono direttamente legati a prodotti di consumo commercializzati o promossi per un profitto finanziario; gli incentivi commerciali organizzano l'ambiente in cui viviamo

e definiscono il modo in cui le occupazioni sono socialmente costruite (Yau et al., 2014).
L'analisi della letteratura ha portato numerose evidenze sull'influenza dell'ambiente culturale, fisico e sociale sul comportamento alimentare. Nel caso della persona obesa con dipendenza dal cibo, come nel caso delle persone con dipendenze classiche, sarà magari necessario coinvolgere anche la famiglia e soprattutto i parenti che condividono la vita quotidiana della persona per sensibilizzare tutti al concetto di *priming* nello scopo di ridurre il rischio di ricaduta (Gutman, 2006). Una terapia di gruppo, svolta anche da un ergoterapista può essere considerata nel caso in cui altri membri della famiglia presentassero anche una dipendenza dal cibo o un BED. Inoltre, è stata definita importante la comprensione dei processi neuronali che creano e mantengono la dipendenza attraverso l'educazione dei pazienti, della loro famiglia e dell'ergoterapista. La conoscenza di questi meccanismi é essenziale per identificare i propri stati emotivi e avere un miglior controllo. Anche se le evidenze mancano, ci sono ipotesi secondo le quali un cambiamento di paradigma verso la dipendenza dal cibo potrebbe cambiare il modo di vedere le persone obese e ridurre lo stigma nei loro confronti (Carter et al., 2016, Gutman, 2006).
Aumentare la partecipazione sociale tenendo conto dei vincoli ambientali diventa una sfida per l'ergoterapista che deve anche tenere in considerazione le problematiche legate ad un possibile disturbo del comportamento alimentare che induce naturalmente la persona a preferire situazioni dove può mangiare da solo. Singlehurst et al. (2007) parlano del sentimento di colpevolezza e di vergogna associato al BED che spinge gli individui a nascondere le loro preoccupazioni e comportamenti, mettendo a rischio le loro relazioni e limitando le opportunità di crearne delle nuove. Per rimediare a questo limite, l'ergoterapista può favorire la partecipazione a gruppi di sostegno di tipo OA o l'accompagnamento da un *peer support specialist*.

10.2 Altre dimensioni da inserire nell'intervento ergoterapico.

10.2.1 La *Mindfullness,* per una migliore consapevolezza

Poco presente nella letteratura di questa revisione, la mindfullness, tecnica che permette la piena coscienza attraverso lo spostamento voluto dell'attenzione nel momento scelto e senza giudizio (Kabat-Zinn, 2012), potrebbe essere considerata valida vista la sua efficacia sulla diminuzione della rabbia, dell'ansia, delle difficoltà di concentrazione e dei sintomi di astinenza in relazione al consumo di nicotina, altro comportamento altamente collegato allo stress cronico (Spears et al., 2017). Una revisione della letteratura di Ricciardi (2017) ha studiato la possibilità di utilizzare la *Mindfulness* in un intervento ergoterapico, esplorando l'eventualità di un metodo specifico applicato su pazienti con depressione maggiore. Essa ha dimostrato che l'intervento ergoterapico unito ad un approccio basato sulla consapevolezza come la *Mindfulness*, potrebbe ridurre e prevenire in modo importate il rischio di recidive di episodi di depressione. Quest'approccio, facilmente trasferibile in attività quotidiane, permette l'interruzione di abitudini disfunzionali grazie alla costruzione di un pensiero attento e consapevole.
Non ci sono studi che esplorano l'efficacia della mindfullness sulla dipendenza al cibo ma si può facilmente supporre che la presa di coscienza che avviene, possa avere ripercussioni positivi sulla persona nel modo di gestire la propria salute. La mindfullness è anche uno strumento valido per l'ergoterapista stesso di fronte a situazioni nuove o che creano perplessità: la pratica riflessiva "*reflexion-in-action*" Schön (1983) (in

Ricciardi, 2017), permette un controllo dei processi mentali e un miglioramento del ragionamento clinico. L'associazione canadese degli ergoterapisti (CAOT) (2007) considera come base dell'approccio terapeutico dell'ergoterapia la consapevolezza. L'ergoterapista che pratica la mindfullness aumenterà la propria capacità a riconoscere i propri sentimenti e pensieri incoraggiando la persona in riabilitazione a farlo. Stern (2004) (in Ricciardi, 2017) sottolinea il ruolo fondamentale del "qui e ora" con tutte le sue particolarità uniche e irripetibili; l'attenzione sul momento presente permette un focus sull'esperienza immediata e non sulle teorie, permettendo lo sviluppo di un rapporto terapeutico stabile e duraturo. Inoltre la Mindfullness aiuta il terapista a mantenere una mente aperta, a praticare l'autocritica riflessiva e a mantenere la curiosità, evitando di cadere in ipotesi preconcette che possono portare a decisioni non adatte al paziente.

10.2.2 La spiritualità da senso alla vita e porta a comportamenti sani.

Il ruolo positivo della spiritualità è stato accennato in diversi articoli attraverso la partecipazione a programmi di sostegno "12-steps-programs" all'interno dei gruppi di tipo Alcoholics Anonymous (AA) (Martin et al., 2008, Singlehurst et al., 2007, Yau et al., 2014). Gli effetti positivi della spiritualità nella riabilitazione delle persone obese vengono descritti nell'*Allegato III* p 59 e ci si può chiedere quale efficacia avrebbe sulla dipendenza al cibo. Piko & Brassai (2016) e Popkess-Vawter, Yoder, & Gajewski (2005) hanno studiato il ruolo della spiritualità nell'adottare un'alimentazione sana. Secondo loro la salute è uno stato di omeostasi che riposa su 5 elementi: biochimici, fisiologici, psicologici, sociali e spirituali. Perché le attitudini ed i comportamenti siano strettamente correlati alla formazione dell'identità, lo sviluppo morale, gli obiettivi personali e le scelte di vita, è importante sviluppare la dimensione spirituale che attraverso la ricerca del senso della vita, servirà ad incoraggiare l'individuo nell'engagement in attività che promuovono la sua salute e nell'evitare comportamenti a rischio come quelli alimentari disfunzionali che inducono all'obesità. Il ricupero spirituale, fisico ed emozionale sono tre livelli alla base degli Overeaters Anonimous (OA), che offre un programma in 12 tappe nella linea degli alcolisti anonimi. OA è un organizzazione non a scopo di lucro che comprende più di mille gruppi in tutto il mondo, è presente su internet (oa.org), commercializza libri (bookstore.oa.org), pubblica riviste e newsletters (*Lifeline*, una rivista che contiene storie di vita scritte da e per i membri dell'OA), distribuisce la newsletter *A step ahead* quattro volte l'anno e un bollettino mensile di informazioni varie sull'attualità dell'OA. L'organizzazione propone seminari e conferenze e aiuta la creazione di nuovi gruppi. La partecipazione ad essi è completamente gratuita; l'organizzazione si mantiene finanziariamente con la vendita dei libri e le donazioni. È attualmente presente in 25 paesi di cui anche la Svizzera fa parte. Sul loro sito internet, sono presentate le caratteristiche dei membri; gli OA sono frequentati da persone obese, in sovrappeso ma anche in sottopeso, che mantengono un controllo periodico sul loro consumo di cibo o che hanno perso completamente il controllo; presentano per esempio disturbi di *binge-eating* o *grazing*, ossessioni per il peso o l'aspetto corporeo, preoccupazione per le diete, abuso di lassativi o diuretici, utilizzo del cibo come ricompensa o conforto.
La partecipazione a gruppi di sostegno o il *parrainage* da *peer support specialists* sono efficaci per mantenere l'astinenza sul lungo termine ed il loro intervento, basato su un supporto quotidiano che integra strategie di *coping*, potrebbe essere completato dagli ergoterapisti; Stoffel (2013) stabilisce che gli ergoterapisti hanno le competenze per offrire interventi o supervisioni quando le problematiche della vita quotidiana escono

delle competenze degli esperti. Un esperto o *peer support specialist* è un individuo con un passato di abuso di sostanza che si è impegnato nel proprio recupero e ha mantenuto il suo equilibrio sul lungo termine ed ha poi intrapreso una formazione speciale (in certi stati americani viene anche certificata ufficialmente) per lavorare con gli altri e condividere la sua esperienza. I *peer support specialist* (o specialisti di gruppo di sostegno) sono formati in salute mentale e alle dipendenze e sono sempre più riconosciuti nella cura delle persone con dipendenze (Stoffel 2013).

10.2.3 Strategie concrete di vita quotidiana da applicare in un intervento ergoterapico.

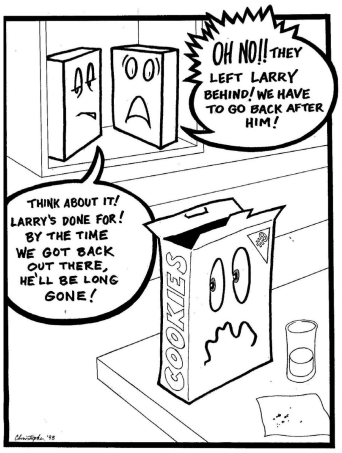
Nel suo libro *Mindless eating Solutions for everyday Life* (2011), il Dr Brian Wansink, ricercatore specializzato nei comportamenti alimentari, propone diverse strategie, la cui efficacia non è sempre stata validata scientificamente, ma che si sono verificate empiricamente. Law & MacDermid (2013) suggeriscono che *l'evidence based practice* è un equilibrio tra evidenze scientifiche e competenze provenienti dall'esperienza; considero quindi le strategie di Brian Wansink come potenziali strumenti da integrare in un intervento ergoterapico. Wansink parte da uno studio che ha messo in evidenza il numero esagerato di volte che pensiamo al cibo in una giornata: circa 200 volte per le persone con un peso sano contro 300 volte per le persone obese. Le decisioni sono per l'80% incoscienti e influenzate dall'ambiente che ci circonda: gente, contenitori, stoviglie, iscrizioni, pubblicità, pannelli, odori sono alcuni degli stimoli che innescano la fame e, spesso, quella non fisiologica. In seguito sono riportati alcuni esempi concreti che Wansink consiglia per agire a livello *micro* ossia del proprio ambiente:

- Per ingannare gli stimoli visivi, coprire i resti di cibo sano con il foglio trasparente e il cibo non sano con foglio di alluminio.
- Ordinare la cucina: uno studio ha dimostrato che le donne sgranocchiano maggiormente prima del pasto in una cucina disordinata.
- Tenere il piano di lavoro della cucina e la casa in generale puliti dal cibo, a parte un cesto con la frutta: vedere la frutta porta ad un consumo maggiore di essa e nello stesso modo, non avere cibo "*junk food*" a portata (cioccolata, caramelle, pacchetto di chips non finito del giorno prima…), diminuisce il rischio di mangiarne.

The 1st Thing You See, You're 30% More Likely to Eat.

Chandon & Wansink, *Jrnl of Marketing Research*, 2002

Foods Left Out are Eaten Twice as Fast



Painter, Wansink & Hieggelke, *Appetite*, 2002

- Nel frigorifero, posizionare il cibo sano di fronte allo sguardo: si mangia più facilmente il cibo vicino a sé.
- Scegliere bicchieri e piatti più piccoli: studi hanno dimostrato un consumo di vino inferiore di 18% e una riduzione di 22% nel consumo di calorie.
- Servire il cibo su un piatto e non mangiare direttamente dalla pentola o dalla ciotola riduce di 19% la quantità di cibo consumata.

Altre strategie che considerano l'ambiente lavorativo, le uscite al ristorante e la spesa al supermercato sono

presentate in questo libro e potrebbero servire agli ergoterapisti come spunti di riflessione per la successiva pratica con la persona all'interno di un intervento ergoterapico.

10.2.4 La promozione della salute.

Su cinque articoli inclusi in questa revisione che parlano della dipendenza al cibo e/o del BED due hanno sottolineato l'influenza dell'ambiente obesogenico sul comportamento alimentare e la necessità di sviluppare azioni di prevenzione e di promozione della salute. Yau et al. (2014) e Carter et al. (2016) hanno però osservato la poca implicazione della società in questa direzione. Tuttavia, si nota una tendenza negli ultimi anni allo sviluppo di interventi ergoterapici che prendono in considerazione le cinque azioni di promozione della salute raccomandati nella Carta di Ottawa (WHO, 1986): elaborare una politica pubblica rivolta alla salute, creare ambienti favorevoli, rinforzare l'azione comunitaria, sviluppare le competenze personali e lo sviluppo individuale, riorientare i servizi sanitari nei confronti dell'individuo (Haracz et al., 2013). Purtroppo, secondo uno studio canadese di (Holmberg & Ringsberg, 2014) sul ruolo dell'ergoterapista nella promozione della salute, solo il 5% degli ergoterapisti interrogati consideravano la promozione della salute un elemento importante nel loro lavoro. Una mancanza di linee guida, di obbiettivi chiari, di formazione e di partecipazione ai gruppi di lavoro multidisciplinari, sono anche ostacoli descritti in questo studio.
La letteratura rivela infatti una quantità limitata di studi che esplorano il ruolo dell'ergoterapia nella pratica basata sulla comunità o nella promozione della salute. Recentemente, un progetto concettuale dell'associazione canadese degli ergoterapisti ha realizzato un quadro di referenza nella prospettiva di contribuire a colmare questo *gap* e arricchire il dialogo nazionale sulla promozione della salute (Moll et al., 2015). Questo quadro, di cui il nome "Do-Live-Well" (vivere bene la vostra vita) è stato scelto per enfatizzare il legame tra l'occupazione, la salute e il benessere, ha per messaggio principale: "quello che fai ogni giorno è importante". Questo messaggio lo si vuole rendere significativo per individui, gruppi e comunità, dai più giovani ai più anziani.

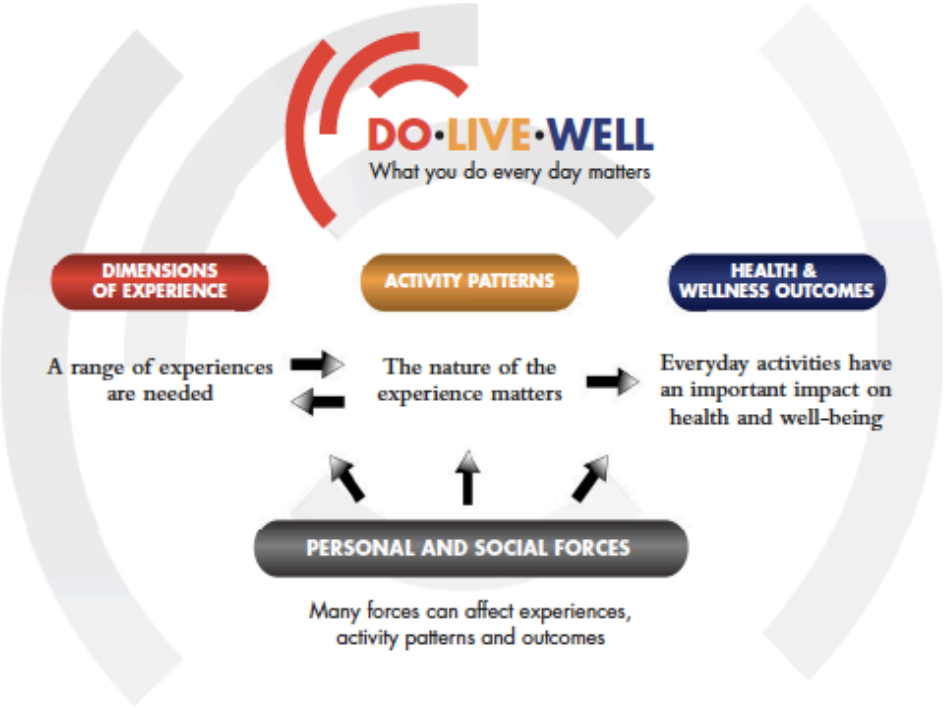


Fig.2 "Do-Live-Well" framework : un quadro di riferimento ergoterapico per la promozione dell'occupazione, della salute e del benessere.

Nel caso della persona obesa con dipendenza dal cibo o BED, questo *framework* ergoterapico induce la riflessione e la discussione sul modo in cui le attività legate al consumo eccessivo di cibo impattano sulla salute ed il benessere. Permette di individuare le dimensioni importanti da sviluppare all'interno della presa in carico ergoterapica e può essere uno strumento utile per determinare la validità di attività di promozione della salute sviluppate con il paziente. Gli autori di questo quadro auspicano un partenariato multidisciplinare con i responsabili delle politiche sanitarie, nell'obbiettivo di considerare più ampiamente il concetto delle AVQ nella promozione della salute.

10.3 Limitazioni

Uno dei limiti di questa revisione è che nessuna letteratura sull'obesità e la dipendenza dal cibo proveniva dalla scienza occupazionale e quindi non consideravano in primis l'aspetto del fare nella quotidianità. Infatti, le ricerche scientifiche sulla dipendenza dal cibo derivavano da prospettive teoriche, epidemiologiche, neurologiche e fisiche che proponevano trattamenti maggiormente orientati alla riabilitazione senza prendere in considerazione un punto un intervento ergoterapico. Perciò i temi presenti nella letteratura non erano spesso d'interesse della pratica dell'ergoterapia, obbligando un interpretazione maggiore della possibile rilevanza dei dati e dei risultati. La ricerca che trattava i disturbi alimentari del tipo BED era anch'essa scarsa; mentre gli studi sugli interventi ergoterapici per l'obesità o i disturbi del comportamento alimentare del tipo anoressia e bulimia hanno già suscitato l'interesse dei ricercatori in ergoterapia, il disturbo di *binge-eating*, fenomeno relativamente nuovo nella letteratura scientifica, non è ancora stato studiato dalla scienza occupazionale e solo un articolo era stato trovato su questo tema. Questo si spiega per esempio con il fatto che tante persone obese dipendenti dal cibo o con disturbi del comportamento alimentare vivono una vita "normale" e sono capaci di nascondere il loro comportamento per evitare il confronto con lo sguardo giudicante della società e la stigmatizzazione anche da parte dei professionisti della salute. Di conseguenza, diventa difficile rilevare per gli ergoterapisti non formati su queste questioni, quindi la maggioranza, un potenziale impatto sulla vita quotidiana.
Un'altra limitazione di questa revisione è la quantità limitata di articoli inclusi dovuto anche a possibili articoli "nascosti" che non sono usciti nella ricerca attraverso le parole chiave e i diversi banche dati. Inoltre, malgrado la ricerca in quattro lingue diverse sono stati trovati solo articoli in lingua inglese che riflettano maggiormente la cultura nord americana.
In fine, questa revisione propone una visione generale basata sull'analisi di revisioni della letteratura basata su campioni e gruppi di persone; sarebbe quindi opportuno sviluppare anche una comprensione basata sull'individuo tramite ricerche su esperienze personali con approcci qualitativi. Questo perché "la significatività di un occupazione può essere percepita e espressa unicamente dall'individuo che esegue l'occupazione in un momento definito e nel suo contesto specifico di vita" (Leufstadius et al., 2008). Capire i fattori che aumentano la vulnerabilità di una parte della popolazione a diventare obesa è essenziale per sviluppare interventi efficaci. Tuttavia la comprensione dei limiti delle conoscenze sugli interventi dovrebbe guidare lo scambio tra il terapista e il paziente, incoraggiando quest'ultimo a collaborare nella scelta degli interventi che soddisfano maggiormente i suoi bisogni.

10.4 Implicazioni per future ricerche

Questa revisione è stata intesa come un introduzione al concetto di dipendenza al cibo nelle persone obese e come un'esplorazione degli interventi ergoterapici e altri potenzialmente trasferibili a questa problematica. Non rappresenta di certo una proposta esaustiva del ruolo dell'ergoterapista su queste tematiche ma ha permesso di dare qualche spunto di riflessione e punti di partenza per future ricerche.
Primo, è emerso il bisogno di approfondire la natura della dipendenza dal cibo e dei disturbi del comportamento alimentare di tipo *BED* nelle persone obese. È importante capire come la tendenza attuale di alimentarsi, inclusi il cibo trasformato, l'ambiente obesogenico e i fattori stressogeni, influenza l'individuo nelle sue scelte alimentari, guidandolo verso il consumo esagerato di cibo. Approfondire le conoscenze della dipendenza dal cibo può migliorare la comprensione dell'occupazione e, nello stesso tempo, la scienza occupazionale può fornire un contributo significativo alle conoscenze scientifiche.
Secondo, la ricerca in ergoterapia deve determinare il modo in cui le competenze, la performance, gli ambienti, le caratteristiche fisiche e psichiche e le scelte di attività impattano sulla dipendenza dal cibo e come i cambiamenti in queste interazioni possono prevenire i comportamenti alimentari disfunzionali. In altri termini, gli studi futuri in ergoterapia dovranno analizzare le interazioni tra la persona, l'ambiente e la performance occupazionale nelle persone obese in modo da capire la complessità delle dinamiche della presa in carico.
Terzo, nessuno studio fino ad oggi ha approfondito la prevalenza o le caratteristiche della dipendenza dal cibo nelle persone obese non candidate alla chirurgia bariatrica Terzo, nessuno studio fino ad oggi ha approfondito la prevalenza o le caratteristiche della dipendenza dal cibo nelle persone obese non candidate alla chirurgia bariatrica o senza BED (S. Wasmuth et al., 2016). Queste conoscenze Potrebbero fornire informazioni utili per la presa in carico delle persone obese che non entrano nei criteri del BED. Inoltre ci si può interrogare in che modo l'ergoterapista potrebbe entrare nel merito in caso di persone obese che venissero in terapia per un'altra problematica (per es. riabilitazione fisica) e che effetto avrebbe sulla motivazione a seguire una terapia.

Proposte in merito a ricerche future sul tema riguardano le domande seguenti:

- Quale è l'efficacia della partecipazione a nuove occupazioni sul cambiamento del comportamento alimentare e sulla performance occupazionale?
- Quale è l'impatto della partecipazione sociale nel mantenere abitudini sane sul lungo termine e nell'interrompere vecchie abitudini di consumo di cibo?
- Quali sono le strategie occupazionali efficaci che mantengono la motivazione della persona nel suo cambiamento di stile di vita?
- Quali altri approcci possono essere integrati in un intervento ergo che aumentino la presa di coscienza e il benessere interiore?
- Come avvicinare le persone obese che non richiedono un consulto per un problema di DCA o di dipendenza dal cibo e come motivarle a seguire una terapia?

Il quarto e l'ultimo punto concerne il focus di questa tesi, che apre una visione sulla promozione della salute, staccando con il modello tradizionale basato sulla patologia. Attraverso i tre spunti di riflessione rivolti alla persona, l'occupazione e l'ambiente, l'idea è di orientare la presa in carico verso il comportamento sano. Oggi l'obesità è diventato un fenomeno di società e ogni nuova ricerca scientifica in ergoterapia che focalizzi sul cambiamento verso uno stile di vita sano, può servire ad arricchire la scienza occupazionale, nell'ottica di un miglioramento della pratica.

11. Conclusioni e valutazione personale del lavoro scritto.

La prevalenza dell'obesità oggi nel mondo e le sue ripercussioni sulla salute sta portando le future generazioni ad una crisi sanitaria ed economica senza precedenti. Partendo dall'ipotesi che la dipendenza dal cibo può essere una causa dell'aumento esponenziale dell'obesità nel mondo, questo lavoro di tesi ha per obbiettivo la possibilità di applicare un intervento basato sulle dipendenze nelle persone obese. Qualche spunto di riflessione è emerso dando una panoramica degli interventi potenzialmente trasferibili, tenendo conto che rappresentano basi di partenza per ricerche future.
La dipendenza dal cibo non è ancora riconosciuta dal DSM-5 e le evidenze sul tema si contraddicono. Tuttavia, malgrado le pressioni dell'industria agro-alimentare e le politiche sanitarie ancora limitate, la teoria secondo la quale il cibo potrebbe creare dipendenza è sin d'ora presa in considerazione dal mondo scientifico. Questo ha per conseguenza l'interrogarsi sulle modalità di un intervento riabilitativo in quanto autorizza gli operatori ad applicare ai pazienti obesi strumenti terapeutici propri dei programmi per le dipendenze. Se da un lato appare necessario operare un adattamento di tali strumenti ed una loro integrazione con altri trattamenti più specifici per le persone obese, dall'altro si può sostenere che ogni terapista specializzato nelle dipendenze debba avere un bagaglio culturale e operativo con adeguati strumenti per il trattamento delle persone obese con dipendenza dal cibo.
È quindi importante, alla luce delle nuove evidenze scientifiche, che gli ergoterapisti siano formati alla comprensione dei meccanismi neurologici che sono alla base della dipendenza. Di conseguenza è necessario che gli ergoterapisti aggiornino i loro interventi e documentino la loro efficacia, aumentando *l'evidence based pratice* nella riabilitazione delle persone obese con dipendenza dal cibo. Inoltre, visto la grande eterogeneità dei trattamenti attualmente proposti e il potenziale evidenziato di un lavoro multidisciplinare, è anche auspicabile la ricerca e la pubblicazione di articoli che indaghino l'efficacia della combinazione dei diversi interventi multidisciplinari.
Più che un disturbo metabolico, l'obesità e le sue comorbidità devono essere considerate come uno stato di malattia cronico e multifattoriale dove un lavoro multidisciplinare è necessario per coprire tutti gli aspetti e assicurare un sostegno sul lungo termine.
Inoltre, malgrado le evidenze scientifiche che suggeriscono il legame tra certi cibi trasformati e la dipendenza dal cibo, è da considerare che non tutti pazienti obesi presentano le caratteristiche della dipendenza secondo la YFAS: la dipendenza dal cibo non è sinonimo di obesità e la presa in carico deve di conseguenza variare a secondo dell'eziologia della malattia. Anche nel caso di dipendenza dal cibo, l'obesità rimane una condizione complessa che sorge da fattori eterogeneici sia interni che esterni. All'onnipresenza di stimoli che promuovono il consumo dei cibi *hyper-palatable*, si aggiungono gli aspetti legati ai processi neurologici che creano la dipendenza e scatenano le ricadute. La comprensione di queste dinamiche è essenziale sia per il terapista che e il paziente e la sua famiglia per formulare degli obbiettivi realistici e mantenere la motivazione. Infine, questa revisione mette in luce la mancanza di ricerche scientifiche sia sui meccanismi neurobiologici della dipendenza dal cibo, sia sui trattamenti potenzialmente efficaci per fermare i processi di astinenza e di ricadute. Ugualmente nell'ambito ergoterapico occorre verificare scientificamente gli interventi più idonei per le persone con dipendenza dal cibo o BED.

Questo lavoro di Bachelor è il frutto di un approccio riflessivo sul mio ruolo come futura ergoterapista nel trattamento delle persone che presentano problematiche di peso o comportamenti alimentari disfunzionali. La revisione della letteratura mi ha portato nuove conoscenze e strumenti che mi serviranno sicuramente nella pratica, anche da un punto di vista riflessivo sulle possibilità che offre la letteratura scientifica in termini di *evidence based practice* e sull'importanza del ragionamento clinico. Tuttavia, anche se questo lavoro mi ha dato strumenti concreti per i miei futuri interventi, non ho potuto accedere alla realtà delle persone obese con dipendenza dal cibo. Nel futuro mi piacerebbe quindi realizzare uno studio qualitativo per capire meglio le dinamiche dell'obesità, con le sfumature e le implicazioni concrete della vita quotidiana. La chiave di lettura che ho scelto era quella della promozione della salute che per me sta alla base di qualsiasi intervento ergoterapico efficace e anche questo aspetto sarebbe da approfondire, specialmente nelle iniziative che possono essere proposte per cambiare l'ambiente rendendolo più favorevole a stili di vita sani. La difficoltà più grande di questo lavoro è stata la ricerca di articoli e il confronto dei dati raccolti al fine di estrarre per strategie da inserire in interventi dove la persona possa esprimere il suo potenziale e trovare la strada verso la pace interiore e il proprio benessere. Rimettere in discussione gli interventi attualmente proposti per l'obesità era una delle priorità dello studio, non in un ottica di critica ma con lo scopo di migliorare la presa in carico delle persone obese e chiarire il ruolo dell'ergoterapia nella gestione di questa problematica spesso non considerata. Questo lavoro mi ha permesso di crescere professionalmente e personalmente. È stata un'esperienza riflessiva molto positiva e sarà di grande sostegno per il mio futuro professionale.

Bibliografia

- AIFA - Ministero della Salute. (2006). Off-label.
- Allison, D. B., Atkinson, R. L., Billington, C. J., Bray, G. A., Eckel, R. H., Finkelstein, E. A., … Tremblay, A. (2008). Obesity as a Disease: A White Paper on Evidence and Arguments Commissioned by the Council of The Obesity Society. *Obesity*, *16*(6), 1161–1177. https://doi.org/10.1038/oby.2008.231
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., … Stunkard, A. J. (2010). Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome. *The International Journal of Eating Disorders*, *43*(3), 241–247. https://doi.org/10.1002/eat.20693
- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Martino, N. S., Sarwer, D. B., Wadden, T. A., … Stunkard, A. J. (2008). The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors*, *9*(1), 62–72. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.007
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Retrieved May 8, 2017, from http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596
- Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, *15*. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6
- ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeuthes. (2016). L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Retrieved May 24, 2017, from http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession
- AOTA. (2014). Companion to the AOTA Classification Codes for Continuing Education Activities.
- AOTA. American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process - 3rd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*.
- Armelagos, G. J. (2014). Brain Evolution, the Determinates of Food Choice, and the Omnivore's Dilemma. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, *54*(10), 1330–1341. https://doi.org/10.1080/10408398.2011.635817
- ASE - Associazione Svizzera degli Ergoterapisti. (2011). Neue Definition Ergotherapie. Retrieved May 24, 2017, from http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=21&ID=414
- Askew, A. Y. (1989). Eating Disorders: Management of Obesity, Bulimia, and Anorexia Nervosa. *American Journal of Occupational Therapy*, *43*(8), 556–556. https://doi.org/10.5014/ajot.43.8.556b
- Avena, N. M. (2015). *Hedonic Eating: How the Pleasure of Food Affects Our Brains and Behavior*. Oxford University Press.
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, *34*(6), 833–841. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01814.x
- Bellio, G. (2016). Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5 - di Graziano Bellio - ALEA - Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio. Retrieved May 29, 2017, from http://gambling.it/index.php?option=com_content&view=article&id=79:il-gambling-patologico-nel-nuovo-dsm-5-di-graziano-bellio&catid=36&Itemid=301
- Benett, S., & Bennet, J. W. (2000). The process of evidence-based practice in

occupational therapy: Informing clinical decisions, pp. 171–180.
- Birch, L., Savage, J. S., & Ventura, A. (2007). Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research : A Publication of Dietitians of Canada = Revue Canadienne de La Pratique et de La Recherche En Dietetique : Une Publication Des Dietetistes Du Canada*, *68*(1), s1–s56.
- Braly, J., & Holford, P. (2006). *Hidden Food Allergies: The Essential Guide to Uncovering Hidden Food Allergies and Achieving Permanent Relief*. Basic Health Publications, Inc.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., & Bannigan, K. (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie. (2013). *Chirurgie de l'obésité : analyse des pratiques et de leur pertinence*. Retrieved from http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/2283.php
- Carter, A., Hendrikse, J., Lee, N., Yücel, M., Verdejo-Garcia, A., Andrews, Z., & Hall, W. (2016). The Neurobiology of "Food Addiction" and Its Implications for Obesity Treatment and Policy. *Annual Review of Nutrition*, *36*, 105–128. https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-071715-050909
- Castellanos, E. H., Charboneau, E., Dietrich, M. S., Park, S., Bradley, B. P., Mogg, K., & Cowan, R. L. (2009). Obese adults have visual attention bias for food cue images: evidence for altered reward system function. *International Journal of Obesity (2005)*, *33*(9), 1063–1073. https://doi.org/10.1038/ijo.2009.138
- Castelnuovo, G. (2017, 11). *Scelta ed utilizzo dei test psicometrici nei DA&O*. Presented at the Congresso Nazionale SISDCA, Roma.
- Chao, A. M., Shaw, J. A., Pearl, R. L., Alamuddin, N., Hopkins, C. M., Bakizada, Z. M., … Wadden, T. A. (2017). Prevalence and psychosocial correlates of food addiction in persons with obesity seeking weight reduction. *Comprehensive Psychiatry*, *73*, 97–104. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.11.009
- Chrostowska, M., Szyndler, A., Hoffmann, M., & Narkiewicz, K. (2013). Impact of obesity on cardiovascular health. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 147–156. https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.01.004
- Cleator, J., Abbott, J., Judd, P., Sutton, C., & Wilding, J. P. H. (2012). Night eating syndrome: implications for severe obesity. *Nutrition & Diabetes*, *2*(9), e44. https://doi.org/10.1038/nutd.2012.16
- Conceição, E. M., Utzinger, L. M., & Pisetsky, E. M. (2015). Eating Disorders and Problematic Eating Behaviours Before and After Bariatric Surgery: Characterization, Assessment and Association with Treatment Outcomes. *European Eating Disorders Review*, *23*(6), 417–425. https://doi.org/10.1002/erv.2397
- Corminboeuf, Y., & Giusti, V. (2014). Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses - revmed, (423), 686–690.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Boyt Schell, B. (2008). *Terapia Occupazionale, decima edizione* (Antonio Delfini Editore). Roma.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *17*(1), 38–43. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059
- Dakanalis, A., Zanetti, M. A., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Caccialanza, R. (2013). Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite*, *71*, 187–195. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.08.010

- Dallman, M. F., Pecoraro, N. C., & la Fleur, S. E. (2005). Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity. *Brain, Behavior, and Immunity*, *19*(4), 275–280. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.11.004
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that "food addiction" is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, *57*(3), 711–717. https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.017
- de Castro, J. M., & de Castro, E. S. (1989). Spontaneous meal patterns of humans: influence of the presence of other people. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *50*(2), 237–247.
- De Sena Gibertoni, C. (2006). *Cibo per pensare, la cucina terapeutica con bambini e adolescenti* (Borla).
- Di Modugno, L. (2012). *Gli integratori per la psiche* (OM Edizioni). BO, Italy. Retrieved from www.omedizioni.it
- Dias-Ferreira, E., Sousa, J. C., Melo, I., Morgado, P., Mesquita, A. R., Cerqueira, J. J., … Sousa, N. (2009). Chronic Stress Causes Frontostriatal Reorganization and Affects Decision-Making. *Science*, *325*(5940), 621–625. https://doi.org/10.1126/science.1171203
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (n.d.). Retrieved May 8, 2017, from http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=endoscopie
- Dizionario Cambridge. (2017). junk food traduzione Inglese - Italiano: Dizionario Cambridge. Retrieved May 15, 2017, from http://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese-italiano/junk-food
- Dizionario di Medicina Treccani. (2010). Dizionario di Medicina. Retrieved from http://www.treccani.it//enciclopedia/ritmo-circadiano_(Dizionario-di-Medicina)
- Dossey, B. M. (2001). Holisitic nursing: taking your practice to the next level. *The Nursing Clinics of North America*, *36*(1), 1–22.
- Douglas, I. J., Bhaskaran, K., Batterham, R. L., & Smeeth, L. (2015). The effectiveness of pharmaceutical interventions for obesity: weight loss with orlistat and sibutramine in a United Kingdom population-based cohort. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *79*(6), 1020–1027. https://doi.org/10.1111/bcp.12578
- Egan, A. G., & Avigan, M. (2010). Memorandum to the File NDA 20-632 Meridia (sibutramine hydrochloride monohydrate).
- Eichen, D. M., Lent, M. R., Goldbacher, E., & Foster, G. D. (2013). Exploration of "Food Addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*, *67*, 22–24. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.03.008
- Fairburn, C., Cooper, Z., & O'Connor, M. (2008). *Eating Disorder Examination* (No. 16.0D). Retrieved from http://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/eating-disorder-examination/
- Flemyng, M. (1764). *A discourse on the nature, causes, and cure of corpulency.* (L. Davis and C. Reymers).
- Forhan M, & Law M. (2009). An evaluation of a workshop about obesity designed for occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *76*(5), 351–358 8p.
- Fourchette Verte. (2017). Fourchette verte : Le label de l'alimentation équilibrée :: Lausanne. Retrieved May 8, 2017, from http://www.fourchetteverte.ch/
- Friedland, J. (2011). *Restoring the Spirit: The Beginnings of Occupational Therapy in Canada, 1890-1930*. McGill-Queen's Press - MQUP.
- García-García, I., Horstmann, A., Jurado, M. A., Garolera, M., Chaudhry, S. J., Margulies, D. S., … Neumann, J. (2014). Reward processing in obesity, substance addiction and non-substance addiction. *Obesity Reviews*, *15*(11), 853–869.

https://doi.org/10.1111/obr.12221
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., BOHR, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Clarke Institute of Psichiatry and the University of Toronto.
- Gearhardt, A. N., Boswell, R. G., & White, M. A. (2014). The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, *15*(3), 427–433. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.05.001
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell. (2009). Yale Food Addiction Scale (YFAS). Retrieved from http://www.midss.org/content/yale-food-addiction-scale-yfas
- Giordano, J. J. (2006). *Proven Holistic Treatment for Addiction & Chronic Relapse*. Tate Publishing & Enterprises, L.L.C.
- Golay, A., & Pralong, F. (2017). Le couple infernal de l'obésité et des troubles mentaux. *Revue Médicale Suisse*. Retrieved from https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-555/Le-couple-infernal-de-l-obesite-et-des-troubles-mentaux
- Goodrick, G. K., & Foreyt, J. P. (1991). Why Treatments for Obesity Don't Last. *Journal of the American Dietetic Association*, *91*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/21236733_Why_Treatments_for_Obesity_Don't_Last
- Gutman, S. A. (2006). Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. The Neurobiology of Addiction. *Occupational Therapy in Mental Health*, *22*(2), 1–29. https://doi.org/10.1300/J004v22n02_01
- Haracz, K., Ryan, S., Hazelton, M., & James, C. (2013). Occupational therapy and obesity: An integrative literature review. *Australian Occupational Therapy Journal*, *60*(5), 356–365. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12063
- Harris, J. L., & Bargh, J. A. (2009). The Relationship between Television Viewing and Unhealthy Eating: Implications for Children and Media Interventions. *Health Communication*, *24*(7), 660–673. https://doi.org/10.1080/10410230903242267
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2009). Obesity surgery in adults. Retrieved April 25, 2017, from http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/en/obesity-surgery-in-adults
- Haviland, W. A., Prins, H. E. L., McBride, B., & Walrath, D. (2011). *Cultural Anthropology: The Human Challenge* (13th Edition). INternational Edition.
- Henderson, A., Cermak, S., Coster, W., Murray, E., Trombly, C., & Tickle-Degnen, L. (1991). Occupational Science is Multidimensional. *American Journal of Occupational Therapy*, *45*(4), 370–372. https://doi.org/10.5014/ajot.45.4.370
- Hendrikse, J. J., Cachia, R. L., Kothe, E. J., McPhie, S., Skouteris, H., & Hayden, M. J. (2015). Attentional biases for food cues in overweight and individuals with obesity: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *16*(5), 424–432. https://doi.org/10.1111/obr.12265
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, *108*(40), 678–685. https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0678
- Holmberg, V., & Ringsberg, K. C. (2014). Occupational therapists as contributors to health promotion. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *21*(2), 82–89. https://doi.org/10.3109/11038128.2013.877069
- Hone-Blanchet, A., & Fecteau, S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: Analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*, *85*, 81–90. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2014.05.019

- Imperatori, C., Innamorati, M., Contardi, A., Continisio, M., Tamburello, S., Lamis, D. A., … Fabbricatore, M. (2014). The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(6), 1358–1362.
- Jauch-Chara, K., & Oltmanns, K. M. (2014). Obesity – A neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Progress in Neurobiology*, *114*, 84–101. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.12.001
- Kabat-Zinn, J. (2012). Définition de la Mindfulness. Retrieved June 27, 2017, from https://www.association-mindfulness.org/definition-mindfulness.php
- Khan, L. K., Sobush, K., Keener, D., Goodman, K., Lowry, A., Kakietek, J., … Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports*, *58*(RR-7), 1–26.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kiepek, N., & Magalhães, L. (2011). Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis. *Journal of Occupational Science*, *18*(3), 254–276. https://doi.org/10.1080/14427591.2011.581628
- Kovacs, M. A., Correa, J. B., & Brandon, T. H. (2014). Smoking as Alternative to Eating Among Restrained Eaters: Effect of Food Prime on Young Adult Female Smokers. *APA*. Retrieved from http://www.apa.org/pubs/search.aspx?query=food+addiction+obesity&fq=ClassificationFilt%3a%22Addictions%22
- Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, *126*(6), 262–267.
- Lang, J., James, C., Ashby, S., Plotnifkoff, R., Guest, M., Kable, A., … Snodgrass. (2013). The provision of weight management advice: An investigation into occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, pp. 387–394.
- Lavie, C. J., Milani, R. V., & Ventura, H. O. (2009). Obesity and Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss. *Journal of the American College of Cardiology*, *53*(21), 1925–1932. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.12.068
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *63*(1). Retrieved from http://www.academia.edu/10339673/Mary_Law_PEO_model
- Law, M., & MacDermid, J. (2013). *Evidence-Based Rehabilitation: A Guide to Practice* (3 edition). Thorofare, NJ, USA: Slack Incorporated.
- Leigh, S.-J., & Morris, M. J. (2016). The role of reward circuitry and food addiction in the obesity epidemic: An update. *Biological Psychology*. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.12.013
- Leufstadius, C., Erlandsson, L.-K., Björkman, T., & Eklund, M. (2008). Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science*, *15*(1), 27–35. https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686604
- Locatelli, L., Boulanouar, L., Pataki, Z., & Golay, A. (2017). Quand le poids influence la santé mentale… et réciproquement. *Revue Médicale Suisse*, (555), 642–646.
- Lowe, M. R., Butryn, M. L., Didie, E. R., Annunziato, R. A., Thomas, J. G., Crerand,

C. E., … Halford, J. (2009). The Power of Food Scale. A new measure of the psychological influence of the food environment. *Appetite*, *53*(1), 114–118. https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.016

- Mahony, G., Haracz, K., & Williams, L. T. (2012). How mental health occupational therapists address issues of diet with their clients: a qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*, *59*(4), 294–301. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01028.x
- Maniam, J., & Morris, M. J. (2012). The link between stress and feeding behaviour. *Neuropharmacology*, *63*(1), 97–110. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2012.04.017
- Martin, L. M., Bliven, M., & Boisvert, R. (2008). Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *28*(2), 81–88. https://doi.org/10.3928/15394492-20080301-05
- Meaker, M. K. (1988). Treating Childhood and Adolescent Obesity. *American Journal of Occupational Therapy*, *42*(9), 617–617. https://doi.org/10.5014/ajot.42.9.617a
- Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*, *6*(9), 3653–3671. https://doi.org/10.3390/nu6093653
- Meule, A., Heckel, D., Jurowich, C. F., Vögele, C., & Kübler, A. (2014). Correlates of food addiction in obese individuals seeking bariatric surgery. *Clinical Obesity*, *4*(4), 228–236. https://doi.org/10.1111/cob.12065
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck & Solal. Retrieved from http://ergo-psycho.com/quelques-definitions-essentielles-pour-les-ergotherapeutes/
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., & Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: « Vivez-Bien-Votre Vie » : un cadre de référence canadien pour promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *82*(1), 9–23. https://doi.org/10.1177/0008417414545981
- Morel-Bracq. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie - 2ème édition.* (De Boeck Superieur).
- Morris, M. J., Beilharz, J. E., Maniam, J., Reichelt, A. C., & Westbrook, R. F. (2015). Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *58*, 36–45. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.002
- News Medical Life Sciences. (2010, June 1). What is a Neoplasm? Retrieved May 4, 2017, from http://www.news-medical.net/health/What-is-a-Neoplasm.aspx
- Obesity and Occupational Therapy (Position Paper). (2007). *American Journal of Occupational Therapy*, *61*(6), 701–703. https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.701
- Opolski, M., Chur-Hansen, A., & Wittert, G. (2015). The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clinical Obesity*, *5*(4), 165–197. https://doi.org/10.1111/cob.12104
- Oxford Living Dictionaries. (2017). junk food - definition of junk food in English | Oxford Dictionaries. Retrieved May 15, 2017, from https://en.oxforddictionaries.com/definition/junk_food
- Oxford Reference. (2002). Self-efficacy theory. Retrieved June 13, 2017, from http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195123715.001.0001/acref-9780195123715-e-1504
- Oxford Reference. (2007a). A Dictionary of Public Health. Retrieved May 16, 2017, from http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-

9780195160901-e-3398
- Oxford Reference. (2007b). Definition of stress. Retrieved June 1, 2017, from http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-4310
- Oxford Reference. (2016). Alexithymia. Retrieved June 18, 2017, from http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-272
- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, *111*(8), 1236–1241. https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016
- Pearson, A., & Craighead, L. W. (2015). Science Weighs in on Obesity. In S. J. Lynn, W. T. O'Donohue, & S. O. Lilienfeld, *Health, Happiness, and Well-Being: Better Living Through Psychological Science* (pp. 195–222). 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320: SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781483385822.n12
- Peter, C., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the Presence of Others on Food Intake: A Normative Interpretation. *Psychological Bulletin*, *129*(6), 873–886. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873
- Piccinni, A. (2016). *Drogati di cibo. Quando mangiare crea dipendenza*. Giunti Editore.
- Piko, B. F., & Brassai, L. (2016). A reason to eat healthy: The role of meaning in life in maintaining homeostasis in modern society. *Health Psychology Open*, *3*(1). https://doi.org/10.1177/2055102916634360
- piuvivi.com. (2014). La migliore chirurgia bariatrica per trattare il diabete. Retrieved May 4, 2017, from https://www.piuvivi.com/salute/diabete-chirurgia-bariatrica-trattamenti-tecniche.html
- Pizzi, M. A. (2013). Special Issue of Obesity and the Role of Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, *27*(2), 75–77 3p. https://doi.org/10.3109/07380577.2013.784692
- Pool, E., Delplanque, S., Coppin, G., & Sander, D. (2014). Is comfort food really comforting? Mechanisms underlying stress-induced eating. Retrieved from Is comfort food really comforting? Mechanisms underlying stress-induced eating
- Popkess-Vawter, S. (1993). Holistic Self-Care Model for Permanent Weight Control. *Journal of Holistic Nursing*, *11*(4), 341–355. https://doi.org/10.1177/089801019301100404
- Popkess-Vawter, S., Yoder, E., & Gajewski, B. (2005). The Role of Spirituality in Holistic Weight Management. *Clinical Nursing Research*, *14*(2), 158–174. https://doi.org/10.1177/1054773804271742
- Power, C. A. (2005). Food and Sex Addiction: Helping the Clinician Recognize and Treat the Interaction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *12*(2–3), 219–234. https://doi.org/10.1080/10720160500203773
- Pritchard, K., Kaneshiro, K., & Wasmuth, S. (2015). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, *69*(Supplement_1), 6911520177p1-6911520177p1. https://doi.org/10.5014/ajot.2015.69S1-PO3103
- Psychologies.com. (2013, January 14). Coping : Définition de Coping. Retrieved May 9, 2017, from http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Coping
- Pursey, K. M., Collins, C. E., Stanwell, P., & Burrows, T. L. (2015). Foods and dietary profiles associated with "food addiction" in young adults. *Addictive Behaviors Reports*, *2*, 41–48. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.05.007

- Pursey, K., Stanwell, P., Gearhardt, A., Collins, C., & Burrows, T. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: A systematic review. *Obesity Research & Clinical Practice*, *8*, 80–81. https://doi.org/10.1016/j.orcp.2014.10.146
- Reingold, F. S., & Jordan, K. (2013). Obesity and Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, S39–46 1p.
- Ricciardi, J. (2017). *Come aumentare l'effetto positivo dell'intervento ergoterapico nell'ambito della salute mentale: Il valore aggiunto dei benefici della Mindfulness su persone con depressione maggiore.* Retrieved from http://tesi.supsi.ch/1500/
- RMIT Royal Melbourne Institute of Technology. (2017). Literature review - Overview | Learning Lab. Retrieved April 20, 2017, from https://emedia.rmit.edu.au/learninglab/content/writing-literature-review
- Robinson, A., Kane, M., & Leicht, S. (2005). Psychologists' Perceptions of Occupational Therapy in the Treatment of Eating Disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, *21*(2), 39–53. https://doi.org/10.1300/J004v21n02_03
- Rosenberg, K. P., & Curtiss Feder, L. (2014). *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence, and Treatment*. Academic Press.
- Sallis, J. F., & Glanz, K. (2009). Physical Activity and Food Environments: Solutions to the Obesity Epidemic. *The Milbank Quarterly*, *87*(1), 123–154. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00550.x
- Schlundt, D. G., Hargreaves, M. K., & Buchowski, M. S. (2003). The Eating Behavior Patterns Questionnaire predicts dietary fat intake in African American women. *Journal of the American Dietetic Association*, *103*(3), 338–345. https://doi.org/10.1053/jada.2003.50049
- Schulte, E. M., Tuttle, H. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Belief in Food Addiction and Obesity-Related Policy Support. *PLoS ONE*, *11*(1). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147557
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus und Obesitas (SAMO). (2006). *Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II*. Retrieved from gito-ge.ch/wp-content/uploads/2015/02/consensus2_f.pdf
- Seeman, T. E., Singer, B. H., Rowe, J. W., Horwitz, R. I., & McEwen, B. S. (1997). Price of Adaptation—Allostatic Load and Its Health Consequences: MacArthur Studies of Successful Aging. *Archives of Internal Medicine*, *157*(19), 2259–2268. https://doi.org/10.1001/archinte.1997.00440400111013
- Sharma, A. M., & Kushner, R. F. (2009). A proposed clinical staging system for obesity. *International Journal of Obesity*, *33*(3), 289–295. https://doi.org/10.1038/ijo.2009.2
- Singlehurst, H., Corr, S., Griffiths, S., & Beaulieu, K. (2007). The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation: A Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy*, *70*(11), 493–501. https://doi.org/10.1177/030802260707001108
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, *73*(9), 827–835. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.01.032
- S.I.O., & A.D.I. (2017). *Standard Italiani per la Cura dell'Obesità*. ADI - Associazione Italiana di Dietetica.
- Sittarame, F., Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre, A., Joly, C., Vergotte, S., … Golay, A. (2014). Réadaptation: les patients obèses aussi? *Revue Medicale Suisse*, (10), 691–695.
- Smeets, P. A. M., de Graaf, C., Stafleu, A., van Osch, M. J. P., & van der Grond, J. (2005). Functional magnetic resonance imaging of human hypothalamic responses to

sweet taste and calories. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *82*(5), 1011–1016.
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., … Wetter, D. W. (2017). Mechanisms Underlying Mindfulness-Based Addiction Treatment Versus Cognitive Behavioral Therapy and Usual Care for Smoking Cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. https://doi.org/10.1037/ccp0000229
- Stanhope, K. L. (2016). Sugar consumption, metabolic disease and obesity: The state of the controversy. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, *53*(1), 52–67. https://doi.org/10.3109/10408363.2015.1084990
- Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *58*(5), 570–586. https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.570
- Stoffel, V. C., & Moyers, P. A. (2004). An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *58*(5), 570–586. https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.570
- Taylor, V. H., Forhan, M., Vigod, S. N., McIntyre, R. S., & Morrison, K. M. (2013). The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *27*(2), 139–146. https://doi.org/10.1016/j.beem.2013.04.004
- The American college of Obstetricians and Gynecologists - Women health care physicians. (2016). *ACOG Toolkits for Health Care Providers*.
- The Center for Eating Disorders. (2017). Occupational Therapy | The Center for Eating Disorders | Baltimore, Maryland. Retrieved May 30, 2017, from https://eatingdisorder.org/treatment-and-support/therapeutic-modalities/occupational-therapy/
- Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, & Divisione Prevenzione delle malattie non trasmissibili. (2017, April 17). Costi dell'obesità in Svizzera.
- Ufficio Federale di Statistica. (2014). Übergewicht und Adipositas - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012. Retrieved March 8, 2016, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5805
- Vaidya, V. (Ed.). (2006). *Health and Treatment Strategies in Obesity* (Vol. 27). S. Karger AG. Retrieved from http://www.karger.com/Book/Home/231449
- Vallis, M. (2016). Quality of life and psychological well-being in obesity management: improving the odds of success by managing distress. *International Journal of Clinical Practice*, n/a-n/a. https://doi.org/10.1111/ijcp.12765
- Wansink, B. (2011). *Mindless Eating by Brian Wansink - HayHouse | Hay House*. Retrieved from http://www.hayhouse.co.uk/mindless-eating-1
- Wasmuth, S. L., Outcalt, J., Buck, K., Leonhardt, B. L., Vohs, J., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognition in persons with substance abuse: Findings and implications for occupational therapists: La m?tacognition chez les personnes toxicomances: R?sultats et cons?quences pour les ergoth?rapeutes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *82*(3), 150–159. https://doi.org/10.1177/0008417414564865
- Wasmuth, S., Pritchard, K., & Kaneshiro, K. (2016). Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *62*, 1–9. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.011
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-

2648.2005.03621.x
- WHO. (1986). WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved May 21, 2017, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
- WHO. (2014). WHO | Obesity and overweight. Retrieved May 11, 2017, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
- WHO. (2015, January). WHO | Obesity and overweight. Retrieved February 15, 2016, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
- WHO. (2016). ICD-10 Version:2016. Retrieved April 25, 2017, from http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en
- WHO. (2017). Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. Retrieved May 21, 2017, from http://www.emro.who.int/fr/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation*. SAGE.
- World Health Organization. (2015). *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Yau, Y. H. C., Gottlieb, C. D., Krasna, L. C., & Potenza, M. N. (2014). Food Addiction: Evidence, Evaluation, and Treatment. In K. P. Rosenberg & L. C. Feder (Eds.), *Behavioral Addictions* (pp. 143–184). San Diego: Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00007-0

Allegati

Allegato I: Obesità : storia, epidemiologia e valutazione 55
Allegato II: Conseguenze dell'obesità 57
Allegato III: Trattamenti attuali per la cura dell'obesità.....59
Allegato IV: Obesità e dipendenza dal cibo, fattori storici ed eziologici.....66
Allegato V: Comportamenti alimentari correlati alla dipendenza dal cibo.....69
Allegato VI: Strumenti per l'EBP di Benett & Bennet (2000).....72
Allegato VII: Risultati dell'analisi dei 10 articoli inclusi nella ricerca 73
Allegato VIII: Risultati complementari emersi dalla ricerca.....83

Allegato I

Obesità : storia, epidemiologia e valutazione

1. Storia

Il medico Malcolm Flemyng, già nel diciottesimo secolo, considerava l'obesità come una malattia in certi casi; definire l'obesità come tale è stato oggetto di molte controversie nel tempo. Da 1600 al 1934 si osserva che, nella letteratura medica, l'obesità era già riconosciuta come malattia. Oggi, malgrado la mancanza di una definizione chiara, specifica, accettata all'unanimità e scientificamente applicabile del concetto di malattia, la maggioranza della popolazione e le autorità medicali riconoscono l'obesità come malattia, mettendo a disposizione più risorse per la ricerca, la prevenzione ed il trattamento dell'obesità (D. B. Allison et al., 2008).
Nel corso della storia medicale sono stati utilizzati diversi termini per classificare l'obesità. Più o meno peggiorativi (robusto, corpulento, mostruoso, mammut, grottesco…), i termini si applicavano inizialmente solo nei casi di obesità estrema e riflettevano chiaramente la stigmatizzazione della società verso gli individui obesi. Nel 1970, Scott and Law, introducevano il termine di obesità "patologica" per sottolineare le conseguenze negative sulla salute definendo "patologica" ogni persona obesa il cui peso aveva raggiunto un livello di due, tre (o di più) volte il peso ideale e dove tale stato veniva mantenuto per cinque anni o più (Sharma & Kushner, 2009).
La versione 2016 dell'ICD 10 (International Classification of Diseases) classifica l'obesità sotto il capitolo IV "Endocrine, nutritional and metabolic diseases" alla voce E66 "Obesity". Essa propone sei sottocategorie dal cui termine si riconosce l'eziologia e quindi portano ad implicazioni terapeutiche come "Obesity due to excess calories" o "Drug-induced obesity, e altre come "Other obesity (morbid obesity)" o "Obesity, unspecified (simple obesity)" (WHO, 2016) dove il termine non conferisce alcuna linea guida per un eventuale intervento terapeutico. L'ICD 10 fornisce una serie di informazioni cliniche per definire l'obesità che prendono in considerazione gli obbiettivi misurabili come l'indice di massa corporea ed aspetti più soggettivi o culturali ("sopra l'accettabile o desiderato peso").

2. Epidemiologia

L'obesità ha raggiunto delle proporzioni di epidemia mondiale e il numero di casi è raddoppiato dal 1980 (World Health Organization, 2015). Si stabilisce che più di 500 milioni di adulti nel mondo sono obesi, rappresentando un tasso del 39% per le persone in sovrappeso e del 13% per quelle obese (Douglas et al., 2015). Gran parte della popolazione mondiale vive in paesi dove il sovrappeso e l'obesità uccidono più persone che l'insufficienza ponderale (WHO, 2015). Negli Stati Uniti l'obesità è un problema sociale e di salute su vasta scala (Reingold & Jordan, 2013). Infatti, è in corso il riconoscimento come uno dei fattori di rischio cardiovascolare maggiore direttamente collegato all'aumento allarmante del diabete di tipo 2, di malattie croniche e delle sindromi di apnea ostruttiva notturna (OSAS) (Chrostowska, Szyndler, Hoffmann, & Narkiewicz, 2013).
La tendenza all'obesità diffusa a livello mondiale in Svizzera, anche se con valori più bassi, sta assumendo un incremento esponenziale del tasso di crescita. Infatti, la percentuale di soggetti obesi è raddoppiata durante gli ultimi vent'anni; dal 5% del 1992 è passato al 10% nel 2012. Inoltre, si osserva che quasi un terzo delle persone dai 15

anni in poi sono in sovrappeso. Mentre il sovrappeso è maggiormente osservato negli uomini (un uomo su due contro una donna su tre), l'obesità affligge quasi nello stesso modo sia gli uomini (10%) che le donne (9%) (Ufficio Federale di Statistica, 2014).
In Svizzera, il sovrappeso coinvolge il 41% della popolazione di cui il 10% per obesità (Locatelli et al., 2017).
Il problema dell'obesità è diventato una grave preoccupazione anche nei paesi in corso di sviluppo, specialmente dove la gente è passata ad una dieta basata su cibi trasformati o in scatola. Il tasso più alto di obesità del mondo si trova adesso tra le nazioni insulari del pacifico come le Fiji, Samoa e Tongo, dove essere grasso è tradizionalmente associato all'idea culturale della bellezza, buona salute, forza e prosperità (Haviland et al., 2011).
All'apice della classifica mondiale dell'obesità si trova l'isola di Nauru in Micronesia di soli 21 kmq, con poco meno di 10.000 abitanti. Prima del XIX secolo, vivevano pacificamente 12 tribù che dipendevano maggiormente della pesca e di agricoltura. Dal XIX secolo la pace fu interrotta dall'arrivo degli Europei, che hanno portato guerre finalizzate allo sfruttamento dei giacimenti di fosfati. Dopo aver ottenuto l'indipendenza nel 1968 e il pieno controllo dei propri giacimenti di fosfati, iniziò un periodo florido assistendo, però, al deperimento del territorio dove nessuna altra forma di sostentamento autonomo come allevamento, agricoltura o turismo veniva sviluppato. Nauru riceve cibo ed acqua dall'Australia, dagli USA, e dal Regno Unito, dall'Indonesia e dalla Cina e la mancanza di varietà culinaria ha causato un serio problema di obesità. Oggi, le miniere sono prossime all'esaurimento ed il 90% dei nauruani sono disoccupati. Le ricchezze del fosfato sono sparite ma la *junk food* è rimasta. L'80% degli indigeni sono obesi ed il 30% di loro ha il diabete.

3. Valutazione

L'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO) classifica L'IMC in 4 categorie: sottopeso (IMC al di sotto di 19), medio (IMC compreso tra 19 e 24), sovrappeso (IMC compreso tra 25 e 29,9) e obesità (IMC di 30 o al di sopra di 30).
Siccome l'obesità è collegata ad una serie di problematiche psicologiche, i professionisti della salute devono appoggiarsi a strumenti di misura che valutano sia il disagio sia gli altri aspetti influenzati dallo stato di obesità ossia la qualità di vita e la salute mentale/emozionale (Vallis, 2016).
Le classificazioni attuali dell'obesità basate sull'indice di massa corporea (IMC), la circonferenza della vita o altre misure antropometriche (peso, altezza, misura delle pliche cutanee…) sono utili per lo studio scientifico ma hanno un'importanza limitata quando sono applicate ad individui nella pratica clinica (Sharma & Kushner, 2009).

Allegato II

Conseguenze dell'obesità

1. Conseguenze sulla salute

L'impatto negativo dell'obesità sulla salute è riconosciuto da tempo. Più di 2500 anni fa Ippocrate riconosceva che le persone in sovrappeso erano ad alto rischio di morte improvvisa (D. B. Allison et al., 2008). Nel diciottesimo secolo, Flemyng (1764) sottolineava che la "corpulenza" in qualche misura ostacolava l'esercizio libero delle funzioni dell'uomo, riduceva la vita ed apriva la strada ad altre malattie pericolose. In associazione con altri fattori conosciuti e non conosciuti, essa ha per conseguenza un deterioramento della salute con una riduzione della qualità di vita e un aumento della morbosità e della mortalità (Sharma & Kushner, 2009). Nel "Obesity Comorbidities Coding Chart", l'ICD 10 distingue 65 comorbidità classificate in 10 categorie; certe malattie infettive e parassitarie, neoplasie [16], malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, disturbi mentali e di comportamento, malattie del sistema nervoso, malattie del sistema circolatorio, malattie del sistema digestivo, malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo, malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto congiuntivo, malattie del sistema riproduttivo (The American college of Obstetricians and Gynecologists - Women health care physicians, 2016).
I pazienti obesi hanno molte limitazioni fisiche ed un carico psicologico importante da affrontare. Alcuni studi hanno dimostrato che la prevalenza di disturbi psichiatrici nelle persone obese è simile a quelle con un peso normale. Tuttavia, nei pazienti obesi che desiderano curarsi, c'è una prevalenza dal 40 al 60% per disturbi psichiatrici e, più frequentemente, la depressione (Vaidya, 2006). Contrariamente, altri studi più recenti, dimostrano che le persone obese presentano maggiormente disturbi mentali rispetto alla popolazione generale (Golay & Pralong, 2017). È difficile dissociare gli effetti della depressione dall'obesità e, al contrario, i cambiamenti neuroendocrini associati allo stress e alla depressione possono causare dei cambiamenti metabolici che predispongono e perpetuano l'obesità. La maggior parte dei pazienti è depressa a causa degli effetti negativi dell'obesità in ogni aspetto della loro esistenza (salute, vita sociale, mobilità, finanze). Questi pazienti assumono anche farmaci che possono, a volte, provocare depressione. Al contrario, certi farmaci consigliati per trattare i sintomi psichiatrici come Paroxetina e Olanzapine possono favorire l'aumento di peso (Vaidya, 2006).
In questo contesto, (Locatelli, Boulanouar, Pataki, & Golay (2017) si parla di "accoppiata infernale" per definire il legame tra obesità e disturbi mentali e si dibatte se il peso influenza la salute mentale o il contrario. Infatti, la depressione aumenta del 50% il rischio di obesità ma, nello stesso tempo, l'obesità aumenta anche più del 50% il rischio di depressione (Golay & Pralong, 2017).

2. Comprensione, stigma sociale e partecipazione sociale

La maggioranza delle persone attualmente vede l'obesità in due modi diversi. Il primo consiste nel vedere l'obesità come una mancanza di autocontrollo, pigrizia e ghiottoneria, come il risultato di una scelta individuale di comportamento, come fumare

[16] Eccessiva crescita e proliferazione anormale di cellule non coordinate con il tessuto circostante che forma un massello o un tumore che può essere benigno, premaligno o maligno (News Medical Life Sciences, 2010).

o guidare senza la cintura, una scelta di stile di vita. Il secondo vede l'obesità come un fattore di rischio o una fase di un percorso di malattia "reale" come quella cardiaca o il diabete. In questa prospettiva, una riduzione dell'obesità è considerata utile per contenere il rischio di ulteriori problematiche. Tuttavia, la riduzione del peso è spesso associata alla vanità o alla estetica. In altro modo, l'obesità viene considerata come un tratto geneticamente predeterminato, alla stessa stregua del colore degli occhi e dei capelli e non una malattia (D. B. Allison et al., 2008).
La stigmatizzazione associata all'obesità comincia nell'età infantile e causa fenomeni sociali quali il bullismo od altri disturbi psichici infantili. Le attitudini negative non rimangono circoscritte solamente alle persone, esistono anche tra i professionisti della salute con la conseguenza di impedire ai pazienti di ottenere aiuto per i loro disturbi, aggravando i loro problemi, aumentando il *bias* e la distanza tra loro e il sistema sanitario. Questo atteggiamento "*anti-fat*" inizia già dall'infanzia e predomina nei paesi dove la cultura dell'individualità è più grande e dove si considera che ognuno è responsabile della propria salute; uno studio comparativo su sei paesi ha classificato gli Stati Uniti, l'Australia e la Polonia tra i più "*anti-fat*" rispetto all'India, alla Turchia ed al Venezuela (Vaidya, 2006).
La visione dell'obesità come malattia, può influenzare l'opinione pubblica riducendo lo stigma e la discriminazione e classificando l'obesità, insieme ad altre malattie, quale risultato della combinazione di una predisposizione genetica, di fattori comportamentali e di influenze ambientali. D'altra parte, etichettare l'obesità come malattia, può stigmatizzare ulteriormente alcuni individui obesi ora considerati ufficialmente malati. Un altro effetto negativo potrebbe essere anche l'utilizzo di questo stato come motivazione per non gestire più il proprio peso, accettando la situazione come inevitabile e immutabile (D. B. Allison et al., 2008).
Inoltre, gli effetti negativi della stigmatizzazione e della discriminazione potrebbero anche spiegare la partecipazione sociale ridotta delle persone obese che hanno la tendenza ad evitare luoghi o situazioni a rischio, interrompere il proprio lavoro o a rinunciare ai propri progetti di vita (Haracz et al., 2013), (Reingold & Jordan, 2013). La Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA) propone di misurare le condizioni psicologiche associate all'obesità: l'ansia, la depressione e altre problematiche psicopatologiche, la ridotta autostima, la bassa qualità di vita, la valutazione negativa del proprio corpo, la stigmatizzazione (Castelnuovo, 2017)

3 Costi

Negli Stati Uniti, i costi relativi all'obesità rappresentano quasi il 10% del totale dei costi medici. Circa la metà viene presa in carico da programmi federali e statali, creati per aiutare i più poveri e le persone anziane con finanziamenti pubblici, tasse sociali che rappresentano un onere sempre più alto (Reingold & Jordan, 2013).
Anche in Svizzera i costi legati all'obesità hanno un impatto importante sul piano socio-politico. Infatti tra il 2002 ed il 2012 le cifre si sono moltiplicate per tre e si avvicinano a 8 miliardi per anno. Gli studi effettuati tengono in considerazione i costi diretti (utilizzo delle risorse per il trattamento dell'obesità e delle malattie ad essa collegate) e dei costi indiretti (perdita di produttività in seguito a assenze sul posto di lavoro, invalidità o morte prematura) (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP & Divisione Prevenzione delle malattie non trasmissibili, 2017)

Allegato III

Interventi attuali per la cura dell'obesità

Le implicazioni mediche, sociali, psicologiche ed economiche legate all'obesità sta portando l'interesse dei professionisti della salute a cercare nuovi trattamenti sempre più efficaci (Vaidya, 2006).

1 Dieta e esercizio fisico

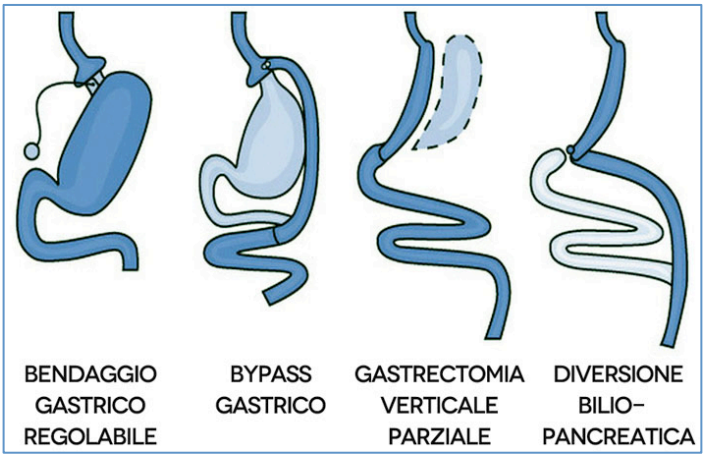
L'epidemia dell'obesità è stata fortemente influenzata dallo sviluppo nella distribuzione di alimenti ad alta densità energetica ma di basso valore nutrizionale, sia in età evolutiva che in età adulta ed alla diminuzione dell'esercizio fisico regolare sia nel tempo libero che per gli spostamenti quotidiani (S.I.O. & A.D.I., 2017). Oggi l'associazione dietetica americana (ADA) parla di "gestione del peso" invece di "perdita di peso".
Ci sono diverse modalità per ottenere una perdita di peso: le diete a basso tenore calorico, le diete ad ulteriore e ridotto tenore calorico, il digiuno, sostitutivi del pasto. Di contro, il successo di un intervento basato sulla gestione della dieta nell'adulto richiede un impegno costante e quotidiano verso un stile di vita sano favorendo una dieta e l'esercizio fisico come strumenti sostenibili e piacevoli (Ozier & Henry, ADA, 2011). In questa ottica, i programmi dietetici per la perdita di peso, dovrebbero combinare la dieta equilibrata con l'esercizio fisico favorendo il cambiamento dello stile di vita ad un costo più basso possibile (Vaidya, 2006).

Tante persone provano a perdere peso combinando diverse strategie come l'esercizio fisico, una dieta, una supplementazione oppure a volte un personal trainer; purtroppo, secondo Sallis & Glanz (2009), queste strategie permettono da un lato di creare nuove conoscenze, motivazione e capacità di cambiamento negli individui, ma rimangono inefficaci a lungo termine senza un cambiamento ambientale.
Il dietologo può essere spesso il primo professionista ad essere consultato da un paziente affetto da disturbi alimentari e per quello il suo ruolo è fondamentale. Deve avere una buona comprensione degli interventi nutrizionali e delle psicodinamiche dei disturbi alimentari per poter elaborare un piano di terapia nutrizionale che ristabilisca le abitudini alimentari normali. Deve essere anche cosciente dei limiti professionali e cercare altre tecniche di *counseling* come la terapia cognitiva comportamentale, la terapia dialettico-comportamentale o l'intervista motivazionale, come l'eventuale collaborazione di professionisti della salute mentale (Ozier & Henry, 2011). L'ergoterapista in salute mentale riconosce il cambiamento di dieta come un elemento chiave nell'intervento presso le persone obese con una comorbidità psichica; proporre interventi verso un cambiamento di stile di vita sano è riconosciuto come facente parte del ruolo dell'ergoterapista ma la letteratura esistente non permette di distinguere i confini di questo ruolo: è stato identificato il bisogno di un maggiore formazione sul tema delle diete e di una migliore collaborazione con il dietista (Mahony, Haracz, & Williams, 2012).

2. Farmacologia, chirurgia e terapia endoscopica

I trattamenti farmacologici hanno spesso deluso su entrambi gli effetti secondari e la poca efficacia a lungo termine. *Orlistat* e *Sibutramine* sono i due farmaci utilizzati maggiormente nel mondo nel trattamento dell'obesità (Vaidya, 2006). Orlisat provoca l'inibizione degli enzimi responsabile dell'assorbimento dei lipidi nel tratto intestinale. *Sibutramine* è un soppressore di appetito. Essendo potenzialmente implicato nell'aumento di disturbi cardiaci, è stata richiesta la soppressione dal mercato americano del *Sibutramine* da parte del ufficio americano dei nuovi farmaci e dell'ufficio americano della sorveglianza e dell'epidemiologia (Egan & Avigan, 2010). Attualmente l'unico farmaco autorizzato in Europa è *l'Orlistat 60mg*, utilizzato dai adulti in sovrappeso di 18 anni e più, in combinazione con una dieta a basso calorie e basso contenuto di grassi (Douglas et al., 2015).
La chirurgia bariatrica sta diventando sempre più popolare però i pazienti devono essere coscienti della non reversibilità di certi interventi e quindi dell'impegno per tutta la vita che comporta, di cui un cambiamento permanente della dieta, dello stile di vita e l'obbligo di essere seguito medicalmente (Vaidya, 2006). Alcune controindicazioni alla chirurgia sono anche da prendere in considerazione: disturbi severi e non stabilizzati del comportamento alimentare, la dipendenza all'alcol o a sostanze psicoattive lecite o illecite, l'assenza di presa in carico medicale anteriore e l'incapacità di sostenere un seguito medicale a lungo termine, le malattie con esito mortale a corto e medio termine o contro-indicazioni all'anestesia generale (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009).
Oggi si raccomandano queste due categorie di tecniche chirurgiche:

- quelle basate esclusivamente su una restrizione gastrica: bendaggio gastrico regolabile, la gastroplastica verticale o *sleeve gastrectomy*;
- quelle che comportano una malassorbimento intestinale: la diversione biliopancreatica e il *bypass* gastrico (S.I.O. & A.D.I., 2017)



Fonte: (piuvivi.com, 2014)

Il rapporto beneficio/rischio delle diverse tecniche non permette di affermare la superiorità di una tecnica su un'altra. Tuttavia si osserva che la *sleeve gastrectomy* (gastrectomia) e i by-pass sono in progressione a scapito della posa dell'anello gastrico, unica tecnica reversibile. Purtroppo le tecniche irreversibile e soprattutto il by-pass, generano effetti secondari più importanti come il malassorbimento che necessità un trattamento "a vita" per evitare serie carenze (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2013).

Chiunque non può pretendere la chirurgia. Innanzi tutto è riservata agli adulti e non deve mai essere imposta alla persona (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus und Obesitas, 2006) In Francia, la HAS (2016) raccomanda una presa a carico pluridisciplinari e solo nel caso in cui il paziente riunisce un insieme di condizioni di cui per esempio:

- un IMC superiore o uguale a 40kg/m2 o un IMC superiore a 35kg/m2 associato a almeno una comorbidità probabilmente migliorabile dopo la chirurgia,
- il fallimento di un trattamento farmaceutico, nutrizionale, dietetico e psicoterapeutico ben condotto da 6 a 12 mesi,
- l'assenza di disordini psicotici, depressione grave, disturbi della personalità e del comportamento alimentare valutati da uno psichiatra o da uno psicologo.

Malgrado uno studio abbia rilevato una percentuale di mortalità dopo 30 giorni dall'intervento del bypass gastrico più alta del previsto, legata maggiormente all'inesperienza del chirurgo, più studi hanno dimostrato che le procedure chirurgiche sono associate ad un miglioramento a corto e lungo termine nella maggior parte delle malattie e cause di morte, particolarmente nei casi di cancro, malattie cardiovascolari e diabete mellito. Prevedono anche una diminuzione a lungo termine dei rischi cardiovascolari e una riduzione dell'ipertensione a corto termine (Lavie, Milani, & Ventura, 2009).
Un'alternativa alla chirurgia, non invasiva, è il pallone intragastrico che consiste in una protesi di silicone che viene inserita nello stomaco per via endoscopica[17] per un tempo limitato (in generale 6 mesi) e procura un senso di riempimento che limita la quantità di cibo ingerita. Gli studi riportano un calo di peso nei 6 mesi superiore a quello ottenibile con una dieta ipocalorica. Tuttavia, l'effetto è controbilanciato ad un successivo recupero ponderale in seguito alla rimozione del dispositivo. Questa tecnica è quindi consigliata a pazienti candidati a chirurgia bariatrica o altra chirurgia, nello scopo di ottenere un significativo calo di peso preoperatorio in pazienti gravemente obesi o dove il rischio dell'anestesia è alto.

3. Approccio psicologico

Mentre oggi è riconosciuto il fatto che quasi una persona affetta da obesità su due soffre di disturbi psichici come disturbi di ansia, stato depressivo o dipendenza dall'alcol, continuiamo ad ignorare ancora troppo spesso la sofferenza delle persone obese. Inoltre, quando l'obesità è associata ad un disturbo del comportamento alimentare (DCA), come nella maggioranza dei casi, si osserva una prevalenza ancora più grande di disturbi psichici. Una grande parte di queste persone ha già consultato diversi specialisti per il diabete, l'ipertensione o l'artrosi senza avere coscienza della problematica di fondo che l'obesità è una malattia cronica che non provoca solo un surplus di peso e diverse comorbidità, ma altera la relazione al mondo e agli altri (Corminboeuf & Giusti, 2014). L'angoscia creata dallo stato di obesità è un parametro chiave che illustra le conseguenze psicologiche dell'eccesso di peso (Vallis, 2016).

[17] L'endoscopia è un esame medicale che permette di stabilire una diagnosi o di eseguire un trattamento, grazie a l'utilizzo di strumenti specifici (endoscopi) costituiti da un piccolo tubo flessibile al cui interno vi sono sottilissime fibre ottiche, che vengono inserite nel corpo attraverso le cavità naturali, in questo caso la bocca ("Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine," n.d.)

Secondo Corminboeuf e Giusti (2014), la domanda sussidiaria da sapere se i pazienti deprimono di essere obesi o sono obesi perché deprimono non importa nella maggior parte del tempo: l'essenziale è identificare e trattare la sofferenza psichica indotta da questa malattia e il rifiuto di queste persone dalla società.
Da alcuni pazienti obesi, sembra che i sintomi della depressione aumentano leggermente dopo un intervento di chirurgia bariatrica e, mentre alcuni vedono la situazione risolversi spontaneamente, altri necessitano la prescrizione di farmaci e un supporto durante il periodo post operativo. Tuttavia, la terapia medicamentosa funziona meglio in concomitanza di una psicoterapia e di un programma nutrizionale di perdita di peso (Vaidya, 2006).

I disturbi del comportamento alimentare sono definiti nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical* Manual of Mental Disorders (DSM-5) come disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: "*I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati all'alimentazione che determinano un alterato consumo o un assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale"* (American Psychiatric Association, 2013). Più del 40% dei pazienti obesi rientrano in questa categoria (Vaidya, 2006). I pazienti, soffrendo di compulsioni alimentari, hanno una scarsa stima di sé aggravata da la perdita di controllo che provoca un estrema sofferenza (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Metabolismus und Obesitas (SAMO), 2006). Il disturbo da *binge-eating* (*binge eating disorder* o BED, noto anche come disturbo da alimentazione incontrollata) è un marcatore affidabile dei sintomi di depressione. Tanti studi hanno dimostrato che l'umore è normale negli individui obesi che non soffrono di *binge-eating*, mentre quelli che presentano questo disturbo riportano un livello di depressione e di ansietà più alto, come comportamenti ossessivi (Vaidya, 2006).

Vedere l'obesità con uno sguardo psichiatrico dà da pensare ma è necessario per capire che nella società di oggi la pressione sul consumatore è incessante, con esigenze ben definite e punti di riferimento sempre più indistinti; questa società, che predica l'individualità, l'autonomia e la responsabilità, da poco spazio alle persone obese che sono velocemente giudicate, stigmatizzate e persino insultate. Inoltre, il cibo non è più vissuto o sperimentato in famiglia, le regole alimentari fondamentali sono sparite e le tentazioni sono importanti per l'onnipresenza dei *fast-food* e dei piatti pronti di cui il contenuto rimane difficilmente comprensibile. Ci si nutre camminando, correndo o in piedi, senza nessuna presa di coscienza dell'atto del mangiare in sé e il tempo dedicatogli sembra progressivamente diminuire in modo inversamente proporzionale all'aumento del potere calorico dei pasti. L'obbiettivo terapeutico dell'approccio psicologico può sembrare poco ambizioso ma è una vera e propria sfida sul piano individuale e sociale: imparare o reimparare le basi del comportamento alimentare e l'ascolto del proprio corpo (Corminboeuf & Giusti, 2014).

La terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behaviour Therapy, CBT) è uno degli strumenti utilizzati in psichiatria di cui l'efficacia è stata dimostrata in particolare per i suoi effetti positivi sull'adesione al programma nutrizionale (SAMO, 2006). La CBT è una modalità psicoterapeutica che mira ad aiutare la persona ad individuare i pensieri ricorrenti, le credenze errate e gli schemi di ragionamento disfunzionali in relazione alle sue abitudini alimentari ed ai suoi sintomi fisici. Rende la percezione e l'interpretazione del proprio corpo e dei cambiamenti di peso corporei più precisi (Ozier & Henry, 2011).

Esiste una relazione stretta tra lo stato psichico (o emozionale) e le situazioni di stress emozionali da una parte e il desiderio o il bisogno di mangiare dall'altra. La presa di coscienza delle relazioni emozionali con il cibo è la base del trattamento. L'obbiettivo di questo approccio è di permettere la diminuzione delle compulsioni alimentari e di conseguenza favorire un controllo psicologico migliore del comportamento alimentare (SAMO, 2006).
Sebbene la CBT ha chiaramente degli effetti positivi sugli aspetti comportamentali e psichici della persona obesa, porta ad una diminuzione dei comportamenti alimentari disfunzionali e migliora i sintomi psichiatrici, producendo soltanto un impatto minimo sulla perdita di peso, perciò è importante usarla in concomitanza ad una chirurgia bariatrica (Vaidya, 2006).

La terapia dialettico-comportamentale o Dialectical Behaviour Therapy (DBT) è un trattamento di tipo cognitivo comportamentale sviluppato appositamente per il disturbo borderline di personalità ma è diventato sempre più popolare come trattamento per i disturbi alimentari, dove la disregolazione emozionale è considerata come un fattore determinante per i disturbi alimentari ed i comportamenti disfunzionali di strategie di *coping*[18]. La particolarità della DBT è il suo *focus* sull'accettazione dell'esperienza della persona; permette di rassicurarla, riducendo gli sforzi per cambiare i comportamenti negativi in positivi. La DBT si organizza in terapie di gruppo (anche individuali all'inizio) dove le persone accettano esercizi per migliorare la pratica delle nuove competenze; essa implica la compilazione di un diario che permette di monitorare le proprie emozioni, desideri, comportamenti e abilità. Altre psicoterapie per adulti includono terapie interpersonali[19], psicodinamiche, di famiglia, di gruppo. Un rafforzamento dell'autostima e un allenamento all'assertività possono anche essere d'aiuto (Ozier & Henry, 2011).

L'attenzione dei professionisti deve anche portarsi su un lavoro di consapevolizzazione. Infatti solo 9% degli americani crede che di avere un problema di peso mentre più del 35% degli uomini e delle donne americani sono considerati obesi. Solo il 45% di loro ha già ricevuto una consulenza sul peso dal loro medico. (Reingold & Jordan, 2013). Nello stesso modo, uno studio ha rivelato che quasi due terzi dei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica avevano una diagnosi psichica, maggiormente la depressione e meno della metà di tutti i pazienti era seguita da un qualsiasi trattamento psichiatrico (Vaidya, 2006).

4. Spiritualità e gestione del peso

Una presa a carico olistica rivolta alla mente, al corpo e allo spirito è necessaria per ottenere un successo nella gestione del peso (Popkess-Vawter, Yoder, & Gajewski, 2005). Dossey (2001) definisce la spiritualità come l'essenza degli umani che permea tutta la vita e si manifesta nell'essere, nel conoscere e nel fare; l'interconnessione dell'uomo con sé stesso, con gli altri, con la natura e con una forza superiore permette di vedere le proprie risorse interne e modella il percorso di vita. Il *coping* spirituale

[18] Insieme delle strategie cognitive o comportamentali destinate a controllare, ridurre o tollerare delle domande specifiche interne e/o esterne, vissute dal soggetto come minaccianti, estenuanti o superando le sue risorse (Lazarus e Saunier, 1978 *in* Psychologies.com, 2013).

avviene attraverso la preghiera, la meditazione, la solitudine e la creatività (Popkess-Vawter et al., 2005).
Nella gestione del peso, la spiritualità può avere una grande efficacia in quanto, sempre secondo Popkess-Vawter, Yoder, & Gajewski (2005), la nutrizione spirituale della mente, del corpo e dell'anima permette di spostare i valori e le attitudine motivati da un ambiente esterno malsano verso la ricerca di risorse interne che portano speranza e guarigione. Per operare cambiamenti duraturi di abitudini nell'alimentazione e nell'esercizio fisico, i pazienti che seguono l'"holistic self-care model for weight management" (Popkess-Vawter, 1993) imparano ad identificare e a vincere gli elementi scatenanti in sé stessi e ad analizzare le relazioni che portano al fallimento della gestione del peso. (Popkess-Vawter et al., 2005) raccomandano di mangiare per soddisfare la fame e non per colmare un bisogno emozionale. Malgrado il fatto che la ricerca scientifica abbia già dimostrato che le emozioni possono scatenare le abbuffate, la maggior parte degli interventi che mirano alla perdità di peso non considerano quell'aspetto del mangiare emozionale (*emotional eating*). Una revisione della letteratura di Baldacchino & Draper (2001) rivela che il fallimento delle strategie di gestione del peso sul lungo termine è correlato ad una sofferenza spirituale, ad una scarsa autostima basata sulle credenze negative del passato e ad una bassa qualità di vità.
L'analisi della storia dei pazienti studiati in questa revisione indica una mancanza di una sana attenzione verso sé stessi e la prevalenza di credenze profonde di non essere degni di spendere tempo, sforzi e soldi necessari al successo di una gestione del peso sul lungo termine.
Piko & Brassai (2016) parlano del ruolo importante dell'insoddisfazione nello sviluppo dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare; insoddisfazione con il corpo, con la propria persona e la propria vita in generale. La continua pressione sociale dei media, attraverso ad esempio la proiezione di corpi sottili e perfetti, rappresenta una minaccia all'omeostati di una persona e la condiziona in modo tale da provocare, una reazione di insoddisfazione a riguardo del proprio corpo. Definiscono la spiritualità come il modo di portare avanti e sperimentare il senso della loro vita. Essa rappresenta la lente attraverso la quale gli individui interpretano, valutano e rispondono alle loro esperienze ed incontri. Di conseguenza, la comprensione della realtà in termini di processi complessi, coerenti e organici, hanno degli effetti positivi sulla salute come l'adozione di scelte di vita sane.
Popkess-Vawter et al., (2005) presentano le strattegie di ristrutturazione cognitiva (cognitive restructuring) in relazione alla spiritualità come aiuto per identificare i pensieri automatici di autocritica e irrealistici e sostituirli con razionalità in risposte che difendono e supportano loro stessi; due strategie di ristrutturazione cognitiva, il nutrimento spirituale e il *coping* spirituale si applicano alle credenze negative e irrazionali (ad esempio, "sono inutile") alle cognizioni (ad esempio "non riesco proprio a rimettermi in sesto") e alle emozioni ("ad esempio "mi odio") che provocano risposte comportamentali negative come il mangiare emozionale e il saltare l'esercizio fisico regolare. Il nutrimento spirituale è rivolto allo sviluppo della forza interiore per la costruzione di una resistenza alle cognizioni negative. Queste strategie sono quindi una fonte di orientamento in caso di confronto con situazioni e pensieri negativi.

5. Strategie politiche contro l'obesità

Il sovrappeso e l'obesità possono in gran parte essere evitate. Per fare si che un individuo possa scegliere degli alimenti più sani e fare esercizi fisici regolarmente,

dovrebbe avere la possibilità di vivere in un ambiente dove queste scelte fossero accessibili in termini di disponibilità e di costi, beneficiando del sostegno della sua comunità (WHO, 2015). Per la WHO è quindi importante aiutare gli individui ad adottare un comportamento sano grazie all'implicazione delle istituzioni politiche e la collaborazione di attori pubblici e privati. L'industria agro-alimentare ha quindi un ruolo importante di promozione di alimenti sani riducendo il tasso di grasso, di zucchero e di sale negli alimenti preparati, proponendo ai consumatori dei prodotti sani ad un prezzo accessibile e praticando un marketing responsabile.
I bambini in sovrappeso di oggi sono gli adulti obesi di domani e, per questo, le strategie politiche contro l'obesità si indirizzano in primo luogo nelle scuole; il label "Fourchette Verte" in Svizzera è un esempio di prevenzione dell'obesità garantendo menù equilibrati e la collaborazione di un dietista che propone animazioni per i bambini. In totale sono 362 ristoranti scolastici labellizzati in Svizzera francese e Ticino (Fourchette Verte, 2017) .
Il rapporto americano del "Center for Disease Control and Prevention" (2009) raccomanda sei grandi categorie di misura:

- strategie per promuovere la disponibilità di alimenti sani ad un costo abbordabile e/o ridurre la disponibilità di alimenti non sani,
- strategie per sostenere la scelta di alimenti e bibite sani (aumentare il numero di supermercati nelle zone geografiche scarsamente servite, fornire incentivi per la produzione e la distribuzione delle fattorie locali…),
- strategie per incoraggiare l'allattamento,
- strategie per incoraggiare l'attività fisica o per limitare le attività sedentarie presso i bambini e giovani,
- strategie per creare delle comunità sicure che sostengano l'attività fisica (aumentando la sicurezza negli spazi dove la gente fa o potrebbe fare sport)
- strategie per incoraggiare le comunità ad organizzare il cambiamento.

Altre iniziative politiche mirano a ridurre la grandezza delle porzione nei piatti nelle strutture pubbliche/scuole, a limitare la pubblicità degli alimenti non-sani, ad aumentare la quantità di attività fisica nelle scuole e le opportunità di sport nel doposcuola, o ad aumentare l'accesso ai trasporti pubblici (Khan et al., 2009). Nel 2016, in un suo rapporto, l'OMS preconizzava di tassare le bibite zuccherate di almeno il 20% per ottenere una riduzione proporzionale della consumazione di esse.

Allegato IV

Obesità e dipendenza dal cibo, fattori storici ed eziologici

1. Storia

Il termine *food addiction* è stato introdotto nella letteratura scientifica nel 1956 da Theron Randolph, un fisico allergologo americano conosciuto per i suoi numerosi studi (più di 300) sui temi delle allergie alimentari, la sensibilità ai prodotto chimici e la cura preventiva (Braly & Holford, 2006). Durante le ultime decadi, il paragone tra la dipendenza ed i comportamenti alimentari è comparso sporadicamente nella letteratura scientifica; un aumento sostanziale nel numero delle pubblicazioni che utilizzano il termine *food addiction* si osserva intorno al 2008 (Meule & Gearhardt, 2014), (Schulte, Tuttle, & Gearhardt, 2016). Nonostante l'assenza di una definizione universalmente accettata (K. M. Pursey, Collins, Stanwell, & Burrows, 2015), è stato suggerito che certi comportamenti alimentari condividono delle similarità con i criteri diagnostici del disturbo di abuso di sostanze (*Substance Use Disorder* o SUD) del *DSM* (Hone-Blanchet & Fecteau, 2014). Meule & Gearhardt (2014) dimostrano anche queste similarità con il SUD e con disturbi di dipendenza comportamentale, come quello da gioco d'azzardo.

2. Dalla produzione industriale del cibo alla dipendenza dal cibo

Il problema dell'obesità ha iniziato ad acquisire notevole importanza nel momento in cui la gente ha cambiato stile di vita orientandosi verso una dieta basata su cibi trasformati o in scatola. Fino a 200 anni fa, le società mondiali avevano sviluppato le loro strutture sociali in base al foraggiamento, l'orticultura, l'agricoltura o la pastorizia. Questo è cambiato con l'invenzione del motore a vapore in Inghilterra che ha provocato la Rivoluzione Industriale estesasi velocemente in altri parti del mondo. Dagli anni '60, nelle società evolute, la produzione di cibo con tecnologie industriali si è sviluppata su larga scala ed è diventata efficiente e spesso molto redditizia soprattutto per i proprietari delle aziende stesse e dei loro azionisti. La produzione industriale del cibo ha avuto delle conseguenze di ampia portata sull'economia, il sociale e la politica. Oggi, le grandi corporazioni industriali/alimentari possiedono proprietà fondiarie immense sulle quali producono in massa tonnellate di culture e/o fanno alimentano enormi quantità di animali per la produzione di carne (Haviland et al., 2011).

3. Le sostanze che portano alla dipendenza

Le particolari proprietà fisiologiche del fruttosio, un zucchero raffinato presente in grande quantità nei cibi industriali, assomigliano a quelle delle altre sostanze additive, come l'alcool, con cui condivide la struttura biochimica – l'etanolo che è semplicemente il sottoprodotto fermentato del fruttosio. Un consumo troppo elevato di zuccheri raffinati, sregola l'organismo; in condizioni normali i glucidi consumati fanno aumentare la glicemia (tasso di glucosio nel sangue) e di conseguenza il pancreas replica secernendo l'insulina che viene utilizzata dai muscoli come energia sotto forma di glicogeno facendo ritornare a valori normali la glicemia. Però, con gli zuccheri raffinati, la glicemia aumenta molto velocemente e l'insulina subisce un picco compromettendo il processo di trasformazione; a meno di fare uno sforzo sportivo nel momento di assunzione, lo zucchero viene metabolizzato in acidi grassi (trigliceridi) e diventa

tessuto adiposo (Stanhope, 2016). Un'alimentazione ricca di zuccheri raffinati non nutre infatti le cellule cerebrali, ma richiede invece al corpo quote aggiuntive di glucosio determinando "il fenomeno tanto diffuso quanto ignorato dell'ipoglicemia" (Di Modugno, 2012, *p 25*). Di Modugno (2012) spiega anche il processo che porta alla dipendenza: il tracollo ipoglicemico quando si assesta intorno ai 65mg/dl provoca irrequietezza, nervosismo e calo di concentrazione, che si trasforma in paura, attacchi di panico ed incapacità di svolgere qualsiasi mansione elementare quando il livello scende sotto i 50mg/dl. L'individuo cerca cosi altro cibo dolce, innescando un ulteriore sbandamento glicemico e creando di conseguenza una sorta di tossicodipendenza fisiologica e psicologica.

4. Influenza dell'ambiente

Nella nostra cultura occidentale, il modo di alimentarsi è promosse anche dalle strategie marketing; pubblicità per cibi già pronti e trasformati dove la dimensione edonista o sociale del prodotto maschera la presenza di addolcitori artificiali, di grassi e sali in grande quantità (Harris & Bargh, 2009).

5. Influenze genetiche

Alcuni studi hanno dimostrato che dal 40 al 70% dei fattori di rischio dell'obesità potevano essere attribuiti a dei fattori genetici (Carter et al., 2016). Sempre in questa revisione è indicato che il tasso di obesità è 10 volte superiore nelle persone con un parente di primo grado obeso. Tanti studi hanno inoltre riportato l'influenza ereditaria sulla preferenza di cibi zuccherati o particolarmente gradevoli; tuttavia, che la causa sia legata ad una dipendenza all'alcool paterna, alla dieta altamente zuccherata ed energetica durante la gravidanza (studio eseguito su topi) o ad un funzionamento alterato del sistema dopaminergico, è da notare che fino ad oggi nessuno studio genetico ha indagato specificatamente sulla dipendenza al cibo tenendo conto del ruolo importante che gioca l'ambiente sul comportamento (Yau et al., 2014). Inoltre gli studi realizzati erano spesso condotti con campioni ridotti i cui i risultati non erano attendibili (Carter et al., 2016).

6. Influenze psichiche

Uno studio di Imperatori et al. (2014) realizzato su 112 individui (con BMI medio di 32,09kg/m2 e una età media di 46,5 anni) che seguono una dieta a bassa calorie in due centri italiani specializzati nel trattamento dell'obesità, quasi il 34% corrispondevano ai criteri di dipendenza al cibo, di cui il 29% presentava un BED. Interessante è la correlazione tra la presenza di psicopatologia e il *BED* che gli stessi ricercatori hanno identificato nel loro campione, dimostrando che la presenza di una psicopatologia era completamente legata alla presenza del BED. Un altro studio di Chao et al. (2017) includendo 178 partecipanti (con BMI medio di 40,9 kg/m2 e età media 44,2 anni) che seguono un trattamento per la perdita di peso conferma questa teoria e aggiunge che gli individui dipendenti dal cibo hanno un funzionamento psicosociale ridotto che richiede un supporto psicologico.

7. Ruolo dello stress

Lo stress è una reazione interna dell'organismo sottoposto ad uno più eventi altamente impegnativi, incontrollabili e travolgenti emozionalmente o fisiologicamente; ci sono agenti stressogeni emozionali come i conflitti interpersonali, la disoccupazione o la morte di una cara persona e agenti stressogeni fisiologici come la fame, l'insonnia, la malattia, gli effetti di droghe psicoattive o le crisi d'astinenza di sostanze (Oxford Reference, 2007b, Sinha & Jastreboff, 2013). Per adattarsi il corpo mette in atto tutta una seria di regolazioni che mantengono la stabilità dei sistemi essenziali per la vita; questa capacità è chiamata allostasi. I processi allostatici sono protettivi nel breve periodo (si parla di 30 minuti) ma possono insorgere dei problemi a lungo termine specialmente se diventano cronici o inefficaci; il costo di questi processi è chiamato carico allostatico (Seeman, Singer, Rowe, Horwitz, & McEwen, 1997).

Allegato V

Comportamenti alimentari disfunzionali correlati alla dipendenza dal cibo

1. *Binge-eating* Disorder (BED)

La quinta edizione del DSM-5 pubblicata nel maggio 2013 codifica per la prima volta il BED come un disturbo del comportamento alimentare in sé, mentre in passato faceva parte dei disturbi del comportamento alimentare "Non Altrimenti Specificati" (EDNOS). Questo disturbo provoca un interesse particolare per la sua frequenza ed il suo legame con l'obesità e le sue comorbidità medicali e psichiatriche che hanno un impatto socio-economico forte dovuto alla riduzione della qualità di vita ed all'aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari (Amianto et al., 2015). È caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate (in media almeno una volta alla settimana per tre mesi) che prevedono il fatto di mangiare una quantità importante di cibo (maggiore alla quantità che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso lasso di tempo) accompagnato della sensazione di perdere il controllo durante la situazione. Inoltre, gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

- Mangiare più velocemente del normale,
- Mangiare oltre la sazietà,
- Mangiare grandi quantità di cibo senza aver la sensazione fisica della fame,
- Mangiare da soli per evitare l'imbarazzo per le quantità ingerite,
- Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o in colpa dopo l'episodio.

Il *BED* si differenzia della bulimia nervosa per l'assenza di condotte compensatorie inappropriate per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva (American Psychiatric Association, 2013). Nei pazienti obesi con *BED* si osservano dei livelli significativamente alti di sintomi psichiatrici in paragone a quelli senza *BED*. Inoltre, i sintomi di depressione possono aumentare la vulnerabilità del paziente e portarlo al *BED* o alla ricaduta dopo una chirurgia bariatrica (Amianto et al., 2015). Singlehurst et al. (2007) osserva le caratteristiche dei pazienti con BED e notano la presenza di credenze negative sulle loro capacità di sperimentare o di esprimere le proprie emozioni, ad essere indipendenti, a realizzare i propri obiettivi e sui loro bisogni di sacrificarsi per quelli degli altri. I pazienti con BED credono di essere in pericolo e a rischio di manipolazione da parte degli altri, si percepiscono diversi e isolati e hanno la convinzione di avere difetti che li rendono impossibili da amare e inferiori. Il BED sembra quindi associato a numerose problematiche psicologiche che si correlano a disordini nel funzionamento sociale e nell'occupazione. Inoltre, gli stessi autori osservano che le ricerche che si interessano alla vita quotidiana delle persone con BED sono limitate. Amianto et al. (2015) identificano altre caratteristiche nei pazienti obesi con *BED* : presentano spesso delle comorbidità, complicazioni relative al sovrappeso e sintomi psichiatrici come la depressione, l'ansia, preoccupazioni eccessive relative al cibo, sopravvalutazione dell'aspetto del corpo e del peso. I pazienti dimostrano anche alessitimia[20], deficit nell'identificazione e la regolazione delle emozioni e problemi interpersonali severi. Disturbi della personalità sono anche spesso diagnosticati nei

[20] Difficoltà ad identificare, differenziare ed esprimere le proprie emozioni e a volte quelle degli altri. L'alessitimia è stata soprattutto descritta nei disturbi psicosomatici e nei pazienti che presentano disturbi del comportamento alimentare o di sostanze (Oxford Reference, 2016).

pazienti con *BED*, come disturbi del umore e abuso di sostanze. Visto la loro frequenza, queste comorbidità sono state proposte come marcatori di severità e non come semplice condizioni associate. Inoltre, a causa di queste comorbidità, la percezione della qualità di vita e della salute nelle persone con *BED* è più bassa che nelle persone obese senza *BED,* ed è associato a sentimenti negativi e depressivi, disinibizione e rabbia. Umore basso e sentimenti negativi sembrano essere collegati al mangiare impulsivo collegato ad un grande sconforto fisico e una scarsa qualità di vita, indipendentemente del *BMI.* Pazienti con BED dimostrano inoltre uno scarso controllo nell'assunzione di cibo, grande paura di invrementare peso e alla insoddisfazione per l'aspetto corporeo, più che nei soggetti obesi non-*BED*. La sopravvalutazione del peso e dell'aspetto corporeo può anche essere considerato come uno strumento per misurare la severità del disturbo. Gli schemi di assunzione di cibo sono rilevanti nei pazienti con BED dove la scarsa stima di sé, relativa all'immagine del corpo, genera ansia e emozioni negative che provocano diete restrittive ed eccessive che scatenano a volte episodi di abbuffate. Gli individui obesi con BED mancano di strategie efficaci per gestire le emozioni negative ed è stato ipotizzato che il cibo potrebbe essere una strategia per regolare o cambiare le emozioni negative e gestire lo stress.

2. *Night-eating Sindrome*

Il sindrome da alimentazione notturna o *Night-eating Sindrome (NES)* è classificato nel *DSM-5 sotto la categoria* "Altri comportamenti alimentari o disturbi dell'alimentazione". Consiste in una disfunzione del ritmo circadiano[21] con un assunzione di cibo durante la notte, anche dopo fasi di sonno, o di un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale, causando disagio e compromissione del funzionamento. Il DSM-5 sottolinea che le persone sono coscienti e si ricordano di tali avvenimenti (APA, 2013). Una recente pubblicazione di un *consensus paper ha definito i criteri di diagnosi per il NES;* consumo di cibo durante la notte o dopo la cena $>$ 25% della quantità totale giornaliera di cibo, almeno due volte alla settimana, in modo cosciente e con ricordo degli episodi, disagio fisico e psicologico e almeno tre dei criteri seguenti: mancanza di voglia di mangiare la mattina >4 volte alla settimana, forte impulso a mangiare dopo la cena, durante la notte o/e dopo esserci addormentato, insonnia >4 volte alla settimana e la credenza che una persona deve mangiare per avviare il sonno (K. C. Allison et al., 2010). E' specificato che i sintomi devono essere presenti per un minimo di tre mesi. Evidenze scientifiche americane e europee suggeriscono che la *NES* prevale nelle popolazioni con obesità patologica ($BMI \geq 35$) (Cleator, Abbott, Judd, Sutton, & Wilding, 2012). Secondo una revisione della letteratura di Opolski et al. (2015), il tasso di presenza di NES nei canditati alla chirurgia bariatrica varia da 1,9% a 47%. Gli stesxsi autori notano una mancanza di evidenze scientifiche per determinare se il tasso di NES è diverso tra persone obese candidate o no alla chirurgia bariatrica. Le comorbidità associate al NES sono poco studiate e anche si, NES e BED sembrano spesso correlati, più ricerche sono necessarie. Un unico articolo nella revisione precedentemente citata, ha valutato la relazione tra la NES e la personalità, scoprendo la presenza di pensieri disfunzionali, di un lamentarsi somatico e di esperienze

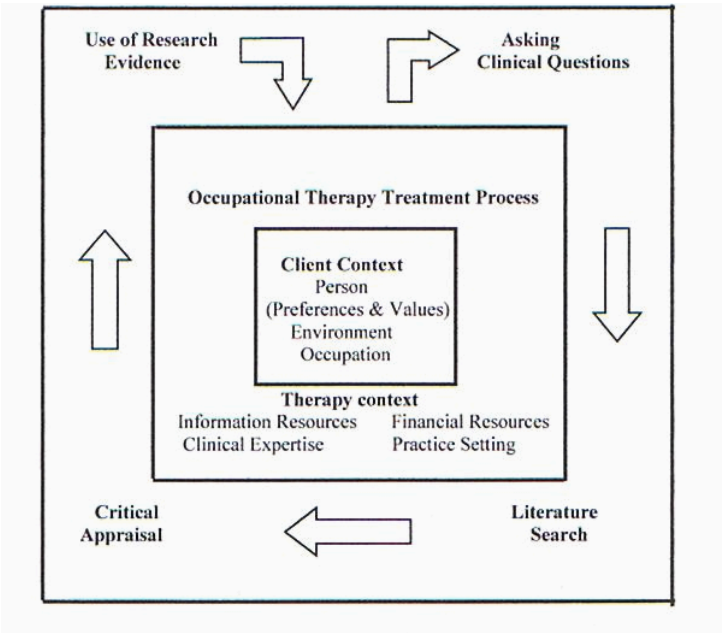
[21] "Ogni ritmo fisiologico dell'organismo nel periodo delle 24 ore, in relazione all'alternarsi del giorno e della notte. Oltre che il sonno, molti fenomeni vitali (per es., pulsazione cardiaca, attività elettrica del cervello, secrezioni ormonali, temperatura corporea, ecc.) presentano una periodicità circadiana" (Dizionario di Medicina Treccani, 2010).

aberranti. Malgrado la poca letteratura disponibile su questo disturbo, recenti sviluppi hanno permesso la pubblicazione di uno strumento di valutazione; il *Night Eating Questionnaire* di Allison et al. (2008) che valuta la severità dei sintomi di NES nelle popolazioni, includendo i candidati alla chirurgia bariatrica. Per aumentare la validità di questo strumento, gli autori raccomandano l'utilizzo aggiuntivo di altri strumenti di *assessment* come il *24-h recall e/*o l'utilizzo del diario. (K. C. Allison et al., 2010).

3 *Grazing*

Letteralmente "pascolare", è il fatto di ingerire piccolo quantità di cibo in modo continuo su tutta la giornata. I pazienti che soffrono di *BED* prima dell'intervento chirurgico sono più soggetti ad avere comportamenti di *grazing dopo* in media uno o due anni dall'intervento chirurgico (Vaidya, 2006). Secondo (Opolski et al., 2015) che hanno revisionato la letteratura sul tema, il *grazing* non è ancora stato oggetto di ricerche approfondite e poco si conosce sulle sue incidenze ed impatti. La letteratura suggerisce che tra il 19,5% ed il 60% dei candidati alla chirurgia bariatrica potrebbe presentare un comportamento di *grazing*. Nessun dato esiste che possa confermare o no la natura psicopatologica di questo comportamento. Grazing non è elencato nel DSM-5, è solo menzionato nello strumento di valutazione degli disturbi di alimentazione sotto i nomi "*picking*" (raccolta) o "*nibbling*" (brucatura) tra i pasti e le merende o nell'intervista strutturata per l'anoressia e la bulimia sotto la voce del *binge-eating*, come episodio atipico di *binge-eating* per un lungo periodo. Uno strumento è stato recentemente sviluppato per valutare il grazing, differenziandone due tipi: uno compulsivo con una perdita di controllo e un altro distrattivo (Conceição, Utzinger, & Pisetsky, 2015).

Allegato VI



The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions (Benett & Bennet, 2000)

Quadro di riferimento per l'evidence-based pratice in ergoterapia

Questioni cliniche e gerarchia delle evidenze

Question type (generic questions)	**Question examples**	**Hierarchies of evidence (in descending order for each question type)**
Diagnostic tests/ assessments (Which is the best diagnostic test/ assessment to use and how should it be interpreted? What is the sensitivity and specificity of the test?)	▪ What is the accuracy of the Beck Depression Inventory for detecting major depression in the elderly?	▪ Systematic review of diagnostic studies ▪ Comparison of diagnostic test and reference standard in random or consecutive sample of patients ▪ Diagnostic study without reference standard ▪ Expert opinion
Treatment (Which treatment is the most effective, and will do more good than harm? When is the optimum time to commence treatment? How long should treatment continue for? What are the possible complications of treatment?)	▪ For people having chemotherapy, is relaxation training in addition to anti-emetic medication more effective in reducing anticipatory nausea, compared with anti-emetic medication alone?	▪ Systematic review of well-designed RCTs OR N-of-1 studies ▪ Properly designed RCT/s ▪ Non-randomized trials, single group pre-post, time series, or cohort study* ▪ Case-control study* ▪ Well designed non-experimental descriptive studies ▪ Expert opinions
Prevention (How can risk factors for a disease/complication/occupational status dysfunction be modified?)	▪ Are occupational therapy groups effective for maintaining health and quality of life in independent elderly adults compared with regular social groups?	▪ Same as treatment
Prognosis (What is the patient's likely clinical course and possible complications of the condition?)	▪ What are the stongest predictors of return to work following mild to moderate traumatic brain injury	▪ Systematic review of inception cohort studies ▪ Cohort studies ▪ Case series ▪ Expert opinion
Patients concerns/ issues/ feelings (What are the likely issues, concerns, feelings of this patient group?)	▪ What are the major concerns likely to be for an adolescent undergoing dialysis?	▪ Systematic review of qualitative studies ▪ Qualitative or survey study design ▪ Expert opinion, including consumers, based on report of expert committees or experience
Economic Evaluation (What is the cost effectiveness, cost-benefit, or cost-utility of various treatments?)	▪ In clients receiving education following myocardial infarction is group or individual occupational therapy most cost effective?	▪ Systematic review of high quality economic studies ▪ Individual economic study comparing all outcomes against costs ▪ Analysis comparing limited outcomes with cost ▪ Analysis without accurate cost measurement ▪ Expert opinion

*Systematic reviews of these study types provide stronger evidence than single studies of the same type.

Allegato VII

Risultati dell'analisi dei 10 articoli inclusi nella ricerca

Articolo 1

Titolo Autori, anno	**Occupation-Based Intervention for Addictive Disorders: A Systematic Review** Sally Wasmuth, Kevin Pritchard, Kellie Kaneshiro, (2016)
Scopo dello studio	Valutare le evidenze scientifiche dell'efficacia di un intervento basato sull'occupazione nei disturbi di abuso di sostanze. Identificare le aree occupazionali principali per implementare un intervento basato sull'occupazione per le dipendenze.
Metodologia	Revisione sistematica 34 studi revisionati Pazienti con SUD, dipendenza alla nicotina, alcol, eroina, marijuana, oppiacei.
Interventi /tematiche	1. Psicoterapia e terapia familiare 2. Intervento basato sulla comunità e CBT 3. Interviste motivazionali 4. terapia ricreativa associata a *peer-support* e educazione alla salute 5. Terapia basata sull'occupazione: tempo libero, partecipazione sociale
Risultati	1. meno efficacia della terapia familiare multidimensionale nelle persone con abuso di cannabis. 2. Efficacia con persone con abuso di alcol e più efficace che la CBT nelle persone con SUD. 3. Efficacia paragonabile agli interventi basati sulla comunità e gli interventi familiari, ma il tempo della prima ricaduta è più corto. 4. Più efficace nella riduzione del consumo di alcol che nel gruppo di educazione alla salute. 5. Interventi basati sulla partecipazione sociale hanno avuto risultati positivi e significativi in confronto al gruppo di controllo. Gli interventi basati sul tempo libero e sul lavoro hanno risultati contrastanti. Gli interventi basati sulla partecipazione, il tempo libero e il lavoro sono considerati non invasivi, poco costosi, accessibili ad un intervento basato sull'occupazione. Possono essere integrati facilmente nella programmazione giornaliera dei trattamenti delle dipendenze dalle sostanze. La partecipazione in attività significative allevia i sintomi della dipendenza dalle sostanze e della depressione. Per essere efficace, qualsiasi nuova attività proposta deve diventare un occupazione.
Osservazioni	Eterogeneità degli studi limita il potenziale della meta analisi. Bisogna esplorare altre aree riconosciute problematiche nelle dipendenze come il sonno o le BADL o IADL. Criterio di inclusione accetta campioni piccoli (>5).

Articolo 2

Titolo Autori, anno	**Addictions and Impulse-Control Disorders as Occupation: A Selected Literature Review and Synthesis** Niki Kiepek, Lilian Magalhães (2011)
Scopo dello studio	Determinare se la dipendenza può essere concettualizzata come occupazione e definire le implicazioni per la scienza occupazionale nel campo delle dipendenze.
Metodologia	Revisione della letteratura 59 articoli di giornali *peer-reviewed*, pubblicati tra 2000 e 2009 Persone con dipendenza dal: lavoro, esercizio fisico, shopping, sostanze, giochi online, gioco d'azzardo, e DCA.
Interventi /tematiche	Potenziale terapeutico dell'occupazione L'occupazione come determinante della salute e del benessere
Risultati	▪ Il cibo è usato frequentemente come strategia di *coping* ▪ La dipendenza può dare un senso alla vita e agire come un fattore determinante per la salute e il benessere. ▪ È importante considerare il dualismo buono/non buono per la salute per apprezzare la complessità del percorso individuale. ▪ L'occupazione conferisce un senso alla vita quando rappresenta un valore fondamentale nella vita stessa della persona. ▪ L'occupazione si sviluppa e cambia tutto nel corso della vita. ▪ Introdurre attività parallele come tempo libero, lavoro e partecipazione sociale come progetti occupazionali per ricentrare il ruolo principale nella vita della persona. ▪ Considerare le interazioni tra l'ambiente, le scelte e le responsabilità individuali in un contesto di disponibilità, di accessibilità e di promozione di prodotti con profitto finanziario. ▪ Definire se un'occupazione è diventata problematica per la persona è complesso. ▪ Considerare l'influenza dell'ambiente sulla persona.
Osservazioni	Articoli in inglese solo del Nord-America Interpretazione degli articoli secondo una visione occupazionale

Articolo 3

Titolo Autori, anno	**An Evidence-Based and Occupational Perspective of Interventions for Persons With Substance-Use Disorders** Virginia C. Stoffel, Penelope A. Moyers (2004)
Scopo dello studio	Descrivere l'efficacia degli interventi delle altre discipline presso persone con disturbo da abuso di sostanze, coerenti con la pratica dell'ergoterapia. Utilizzare una prospettiva ergoterapica per modificare gli interventi dimostrati efficaci per facilitare la partecipazione in attività all'interno della comunità. Definire il ruolo dell'ergoterapista all'interno dell'equipe multidisciplinare.
Metodologia	Revisione della letteratura interdisciplinare 20 articoli Persone con disturbi d'abuso di sostanze in generale o, in particolare, con alcolismo, dipendenza agli oppiacei.
Interventi /tematiche	1. Incontri brevi con medico 2 X 15min, telefonata dell'infermiere, quaderno di esercizi (dove si indica la quantità e frequenza delle prese di alcol 2. CBT e strategie di *coping* 3. Strategie motivazionali 4. Approccio FRAMES 5. Programmi di trattamento in 12 tappe (*12-step treatment programs*) 6. Project MATCH 7. Programmi di prevenzione delle ricadute, individuali o di gruppo
Risultati	1. Risultati positivi sulla performance cognitiva e sulla capacità di mantenere la propria salute (riduzione dell'uso di sostanze, inclusa la diminuzione di giorni di *binge-eating*) Gli interventi brevi aumentano la capacità di prendere cura della propria salute nelle persone con abuso da alcol. 2. Efficacia della CBT nella diminuzione dell'uso di alcol, droghe e tabacco e nella prevenzione delle ricadute. 3. Efficacia delle strategie motivazionali nelle persone con abuso da alcol e di sostanze: facilitata la presa di decisione di seguire un trattamento per l'abuso da sostanze e aiuta nei momenti di calo di motivazione. 4. Interviste motivazionali associate all'approccio FRAMES efficaci per mantenere il trattamento e il ritorno al lavoro in un paziente con abuso da alcol. 5. *12-step interventions e* Gruppi di auto-aiuto (*self-helped groups*) sono efficaci nel mantenere la cura della propria salute che prosegue oltre i due anni. Interventi di gruppo o 12-steps hanno risultati migliori sulla partecipazione sociale (amici/famiglia) che interventi individuali. Poca evidenza sull'efficacia degli interventi precedenti sulla performance occupazionale che riguarda il lavoro, e il tempo libero 6. 12 sedute di CBT e *skills terapy*, 4 sedute di terapia di rafforzamento motivazionale (MET) e il programma *12-step facilitation therapy* (TSF). Efficacia parziale. 7. Programmi di prevenzione delle ricadute hanno risultati positivi sulle competenze psicosociali (gestione delle emozioni, *coping* e per le AVQ). **<u>Implicazioni per la pratica, secondo gli autori gli ergoterapisti dovrebbero:</u>** ▪ considerare l'utilizzo di una combinazione di strategie motivazionali, di approcci di CBT e di principi di 12-steps per aiutare i pazienti a sviluppare la performance cognitiva necessaria per riuscire e mantenere l'astinenza. ▪ promuovere la partecipazione in gruppi di auto-aiuto di tipo Alcolisti Anonimi (AA) anche per persone con abuso da sostanze o altre comorbidità psichiatriche. ▪ integrare i principi del 12-steps nell'aumentare la performance occupazionale. ▪ sviluppare le competenze psicosociali dei pazienti.
Osservazioni	Mancanza di studi per determinare quali elementi e metodi di intervento brevi sono efficaci. Indicazioni contrastanti sul periodo nel quale si dovrebbe utilizzare il MET. Più studi sono richiesti per indagare sulla correlazione tra partecipazioni in occupazioni, sulla diminuzione dell'uso di sostanze e sul modo in cui le persone, dopo il ritorno a casa, continuano a gestire il loro planning di attività. Più studi necessari su come inserire il training alle competenze psicosociale nell'intervento ergoterapico.

Articolo 4

Titolo Autori, anno	**Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5** Federico Amianto, Luisa Ottone, Giovanni Abbate Daga, Scondo Fassino (2015)
Scopo dello studio	Esplorare i dati disponibili sulla diagnosi e sulle strategie più efficace di trattamento del BED, delineando lo stato d'arte di entrambi i temi.
Metodologia	Revisione della letteratura 71 articoli tra 2008 e 2014 Adulti con BED
Interventi /tematiche	1. Approccio sequenziale multidisciplinare 2. Interventi comportamentali 3. Interventi psico-educazionali 4. Psicoterapie 5. Trattamento farmacologico 6. Chirurgia bariatrica
Risultati	1. Necessario per una presa a carico olistica e mantenere l'alleanza terapeutica. Preferire una pianificazione a tappe, più efficace di una combinazione di strategie. Il trattamento deve comprendere i seguenti parametri: dieta, mantenimento di abitudini sane, gestione dei propri sintomi, fluttuazioni dell'umore, ansia e stress. Si possono aggiungere strategie farmacologiche e psicologiche basate sulla gestione della dieta e del peso nelle stesse modalità utilizzate attualmente con i pazienti obesi senza BED. 2. Dieta non troppo restrittiva ed esercizio fisico graduale hanno risultati discreti sulla riduzione del *BED*. 3. Promuovono una comprensione del proprio stato per una migliore gestione dello stesso. 4. CBT, DBT e IPT sono efficaci maggiormente sul lungo termine. La loro efficacia è ancora da dimostrare sulla perdita di peso. 5. Gli SSRI possono essere utili per ridurre l'impulsività e migliorare le comorbidità psichiatriche. L'efficacia dei farmaci in generale sul lungo termine richiede approfondimenti scientifici. 6. Chiarimenti sono necessari per valutare l'idoneità di un trattamento chirurgico in caso di pazienti con *BED*.
Osservazioni	Più studi su campioni più larghi sono richiesti per approfondire l'efficacia delle terapie sul lungo termine, dei trattamenti a tappe sulla perdita di peso e il tasso di ricadute. Nessun riferimento ergoterapico.

Articolo 5

Titolo Autori, anno	***Occupational Performance, Self-Esteem, and Quality of Life in Substance Addictions Recovery.*** Linda M. Martin, Michelle Bliven, Rosemary Boisvert (2008)
Scopo dello studio	Valutare l'efficacia di un programma di riabilitazione nelle persone con dipendenza dalle sostanze che offra un intervento ergoterapico.
Metodologia	Studio pre e post test a 3 e 6 mesi non-randomizzato 75 partecipanti
Interventi /tematiche	▪ Training per il miglioramento della performance occupazionale attraverso un programma di allenamento alla vita quotidiana. ▪ Coinvolgimento della famiglia e di altre persone significative, di gruppi di sostegno di tipo *AA.*
Risultati	▪ Miglioramento dei punteggi nella performance occupazionale, la stima di sé e la qualità di vita tra l'inizio e la fine del programma di riabilitazione. ▪ Differenza significativa dei punteggi dell'identità occupazionale, delle competenze occupazionali e del *setting* occupazionale, del OPHI-II, del RSES e del QOLR. ▪ Scarto maggiore per la competenza occupazionale. ▪ Punteggio dell'identità e competenze occupazionali si riduce notevolmente a 3 mesi per molti pazienti. ▪ Punteggio migliora di nuovo a 6 mesi facendo corrispondere o superando il punteggio ottenuto alla dimissione. ▪ Punteggi per il *setting* occupazionale spesso più alti all'inizio del programma che alla fine o a 3/6 mesi dovuto all'abbandono di un ambiente protetto. ▪ Incoraggia i residenti ad ottenere un lavoro, a studiare o entrambi gli aspetti, attraverso la formazione, il *counseling* ed una struttura di accoglienza aperta 24/24.
Osservazioni	Mancanza di un gruppo controllo per distinguere gli effetti specifici dell'ergoterapia dagli altri servizi specifici. Clienti che sono usciti dal programma non sono stati inclusi nella ricerca (si verificano solo i clienti che hanno avuto successo).

Articolo 6

Titolo Autori, anno	***The Impact of Binge Eating Disorder on Occupation: a Pilot Study.*** Hayley Singlehurst, Susan Corr, Sue Griffiths, Karen Beaulieu (2007)
Scopo dello studio	Accertare i modelli della gestione del tempo dalle persone con disturbo di *binge- eating.* Determinare se il disturbo di *binge-eating* ha un impatto sulla vita quotidiana.
Metodologia	Studio pilota qualitativo e quantitativo Questionari auto-amministrativi e diari per la gestione del tempo 10 partecipanti ad un gruppo di auto-aiuto associato all'organizzazione internazionale dei mangiatori compulsivi anonimi (OA)
Interventi /tematiche	▪ Programma *12-steps* utilizzato anche da gruppi anonimi con altre dipendenze come l'alcol. ▪ Tipi di attività per distrarsi dal cibo. ▪ L'alterazione della partecipazione in attività. ▪ La gestione del tempo e l'alterazione degli schemi alimentari. ▪ Preoccupazione per il cibo, l'immagine del proprio corpo ed il suo impatto sulle relazioni sociali.
Risultati	▪ L'ergoterapia è un intervento valido per la presa a carico del BED; la comprensione delle ripercussioni sull'equilibrio occupazionale è fondamentale per agire sui diversi aspetti compromessi della persona, della sua performance occupazionale e del suo ambiente. ▪ La gestione dell'immagine di sé, concetto che più dell'apparenza fisica, rappresenta anche la percezione di sé stesso come individuo, deve essere approfondita nella pratica degli ergoterapisti non ancora competenti attraverso formazione e pratica. Davanti alla mancanza di letteratura su questo argomento, gli autori raccomandano approfondimenti sulla gestione dell'immagine di sé da parte degli ergoterapisti. ▪ Ottenere informazioni sulle abitudini, sui ruoli e *routine* attraverso strumenti di *assessment* e intervenire presso le persone con disturbi di alimentazione, facilitando il loro reinserimento alla partecipazione in attività significative ed il loro sviluppo della stima di sé, fa parte delle competenze degli ergoterapisti. ▪ La gestione del tempo è essenziale per evitare situazioni che favoriscono la presa impulsiva di cibo. ▪ L'ergoterapista che lavora con persone con disturbi dell'alimentazione basa il suo intervento sullo sviluppo della motivazione a partecipare ad occupazioni adatte e sul cambiamento delle *routine* non sane in *routine* sane.
Osservazioni	Studio realizzato con tempistiche che non hanno permesso la raccolta su un periodo lungo. Il diario non prevedeva la raccolta di informazioni su gli obiettivi, i pensieri, informazioni contestuali e non differenziava il shopping classico dal "fare la spesa".

Articolo 7

Titolo Autori, anno	***Why Addiction Has a Chronic, Relapsing Course. The Neurobiology of Addiction.*** Sharon A. Gutman (2006)
Scopo dello studio	Determinare i fattori neurobiologici dietro il processo di dipendenza, i trattamenti farmacologici e le implicazioni sul ruolo dell'ergoterapista nella riabilitazione delle persone con dipendenze.
Metodologia	Revisione narrativa + un caso clinico
Interventi /tematiche	1. La dipendenza è un fenomeno neurobiologico che prende radici in fattori genetici. 2. Combinazione di un approccio farmacologico e terapie psicosociali 3. Ruolo dell'ergoterapista
Risultati	1.a. Ripercussioni sociali (cambiamento della percezione/ stigma) e medicale (cambiamento di strategia del trattamento) 1.b. Tre considerazioni per il trattamento: ▪ Il rischio di diventare dipendente può essere influenzato geneticamente ▪ Una volta che un cervello diventa dipendente ad una sostanza, lo potrebbe rimanere per sempre, rendendo inutile qualsiasi periodo di astinenza. ▪ I meccanismi neurochimici di un cervello dipendente sono alla base dei sintomi di astinenza e di ricaduta, comunemente presenti nelle riabilitazioni, dai quali si evince la poca efficacia di qualsiasi motivazione sincera, anche dopo anni di astinenza. 2. Farmaci per prevenire i sintomi di astinenza e di ricaduta, terapie psicosociali per agire sugli apprendimenti e sulle memorie distorte attraverso i componenti emozionali e comportamentali del processo di dipendenza. 3. **Implicazioni per l'ergoterapista** ▪ Occupazioni: l'ergoterapista utilizza le AVQ per cambiare le abitudini disfunzionali. Privilegia il *setting* ecologico per allenare le strategie di *coping*. Utilizza i strumenti di valutazione per analizzare le attività e adattarle. Costruire nuovi abitudini sani. ▪ Educazione: comprensione dei diversi processi neurologici legati alla dipendenza per una migliore gestione dei sintomi. ▪ Combattere la distorsione cognitiva: l'ergoterapista aiuta la persona a prendere coscienza degli effetti negativi e positivi dello stato di dipendenza. Confronto con la famiglia in presenza dell'ergoterapista. ▪ Prevenzione dell'effetto di *priming* : L'ergoterapista deve aiutare la persona e la famiglia ad identificare i pensieri disfunzionali, a evitare le situazioni a rischio e imparare ad evitare situazioni a rischio. ▪ Sviluppo dei ruoli occupazionali: l'ergoterapista aiuta la persona a trovare nuove attività significative che staccano con gli abitudini legati alla dipendenza. ▪ Gestione del tempo: aiutare la persona a gestire il tempo per ritrovare un equilibrio occupazionale . ▪ Gestione dello stress: Insegnamento tecniche per la gestione dello stress (meditazione, visualizzazione, rilassamento muscolare, respirazione diaframmatica). La persona impara a gestire i fattori stressogeni che innescano la ricaduta. ▪ Allenamento alle competenze sociali: gestione dei conflitti, *problem solving* in *setting* di gruppo.
Osservazioni	Metodologia della ricerca non spiegata, ne nella revisione, ne nel caso clinico. Assenza di un analisi autocritica dei risultati. Fonti non sempre citati.

Articolo 8

Titolo Autori, anno	***Food Addiction: Evidence, Evaluation, and Treatment.*** Yvonne H.C. Yau, Carrie D. Gottlieb, Lindsay C. Krasna, Marc N. Potenza (2014)
Scopo dello studio	Descrivere lo stato d'arte della dipendenza al cibo Paragonare con il disturbo di abuso di sostanze Definire i trattamenti
Metodologia	Revisione narrativa Pazienti obesi con o senza *BED* Interventi individuali o di gruppo
Interventi /tematiche	1. Trattamento farmacologico 2. Psicoterapia (CBT, DBT, IPT, Psicoterapia Relazionale e Terapia Familiare) e auto-aiuto 3. Auto-aiuto 4. *Peer-support(12-Steps Program)- Overeaters Anonymous (OA)* 5. Consulenza nutrizionale 6. Terapie combinate 7. Prevenzione e politiche sanitarie 8. Strumenti di valutazione
Risultati	1. Efficacia a lungo termine dei SSRI sul *binge-eating* e sull'aspetto psichiatrico del peso richiede chiarimenti. 2. *CBT, DBT, IPT* e auto-aiuto, punti in comune: non esistono attualmente programmi per la dipendenza dal cibo. Esiste per i DCA come il BED. Efficace sulla riduzione degli episodi di *binge-eating* e delle problematiche psichiatriche, incluse le preoccupazioni eccessive sulla forma del corpo , l'alimentazione e il peso. - CBT: Effetto non durabile dopo la cessazione del trattamento e poco effetto sul peso. - DBT: Risultati superiori alla *CBT* in termine di astinenza di *binge-eating*. Sono necessarie più ricerche. - *IPT*: Efficacia sul medio e lungo termine con 60% di astinenza da 1 a 4 anni. Adeguata per pazienti con dipendenza dal cibo. - Psicoterapia Relazionale: nessuna evidenza scientifica. - Terapia Familiare: simile a *IPT* e psicoterapia relazionale. Dimostrati pochi effetti sull'abuso da sostanze. 3. Effetto mantenuto a 6 mesi. Esistono pubblicazioni di auto-aiuto sulla dipendenza allo zucchero ma la loro efficacia non è testata. Adatto alla maggioranza degli individui con problemi di alimentazione eccessiva e non solo *BED*. 4. Efficacia parziale nel BED, efficacia non chiara nella dipendenza al cibo. 5. Dieta priva di cibo *hyper-palatable* ricco di zuccheri raffinati e grassi: poche evidenze scientifiche per il BED o la dipendenza dal cibo. L'utilizzo di un piano alimentare può essere utile. 6. È ipotizzato che una combinazione di strategie di trattamenti diversi potrebbe aiutare i pazienti a sviluppare più strategie di *coping* per migliorare la loro capacità a identificare, a gestire ed a tollerare i loro stati emotivi. 7. Efficacia della prevenzione del fumo da applicare alla dipendenza dal cibo. Le tasse sulle bibite zuccherate hanno un impatto basso sul consumo. Scarsa *compliance* dell'industria alimentare. 8. YFAS è valido per misurare la dipendenza dal cibo. Questionario del OA.
Osservazioni	Metodologia non esplicita. Mancanza di ricerche per valutare l'efficacia del CBT sulla dipendenza dal cibo. Mancanza di ricerche sulla dipendenza al cibo in generale. Nessun riferimento ergoterapico

Articolo 9

Titolo Autori, anno	***The Neurobiology of "Food Addiction" and Its Implications for Obesity Treatment and Policy.*** Carter A, Hendrikse J, Lee N, Yücel M, Verdejo-Garcia A, Andrews Z, Hall W. (2016)
Scopo dello studio	Determinare la validità della diagnosi di dipendenza dal cibo in alcuni casi di obesità o sovrappeso e le implicazioni sui trattamenti, le politiche sanitarie e le stigma.
Metodologia	Revisione narrativa Pazienti obesi, con o senza BED
Interventi /tematiche	1. Psicoterapia e approcci di allenamento cognitivo 2. Sistema ricompensa (p.e. con soldi) 3. Esercizio fisico 4. Auto-stima 5. Politiche di salute pubblica 6. Farmaci 7. Implicazioni per il sistema sanitario a riguardo di un modello basato sulla dipendenza al cibo nell'obesità
Risultati	1. Rafforzamento del controllo dell'impulsività, miglioramento dell'autoregolazione, miglioramento della regolazione emozionale e della tolleranza, riposizionamento del cibo come fonte nutrizionale e non di ricompensa o di piacere. 2. Riduce i comportamenti di *overeating* e incoraggia la perdita di peso. 3. Gli effetti neurobiologici, psicologici e comportamentali dell'esercizio fisico sul corpo aiutano nella presa di decisione ma non hanno un impatto sul peso. 4. Vedere l'obesità come una dipendenza dal cibo, potrebbe ridurre la stigmatizzazione verso le persone obese e permetterebbe una migliore presa in carico. Non sussistono studi che hanno indagato sulle ripercussioni di un cambiamento di paradigma sul comportamento delle persone con dipendenza dal cibo. 5. Modificare l'ambiente obesogenico, tasse sui cibi *hyper-palatable* e ipercalorici, urbanizzazione orientata verso l'esercizio fisico. 6. Controlla i sistemi dopaminergici e oppiodergici. 7. Approcci di salute pubblica sono necessari per modificare l'ambiente obesogenico: tassazione del cibo *hyper-palatable*, regolamentazione sulla promozione (nello stesso modo delle sigarette o dell'alcol). Si osserva una resistenza dell'industria alimentare. L'utilizzo della sensibilità dei bambini alla pubblicità potrebbe essere una modalità di approccio per ridurre la promozione dei cibi problematici e, di conseguenza, limitarne il consumo.
Osservazioni	La dipendenza dal cibo si basa principalmente su studi realizzati su animali. Più ricerche scientifiche sono necessarie per validare i diversi trattamenti. Metodologia della revisione non chiara. Nessun riferimento ergoterapico

Articolo 10

Titolo Autori, anno	***The diagnosis and treatment of eating disorders.*** Stephan Herpertz, Ulrich Hagenah, Silja Vocks, Jörm von Wietersheim, Ulrich Cuntz, Almut Zeeck (2011)
Scopo dello studio	Fornire delle linee guida per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare di cui l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il *BED*
Metodologia	Parere dell'esperto Approvato dal consenso di più esperti
Interventi /tematiche	1. CBT e IPT 2. Farmaci 3. Combinazione farmaci con CBT 4. Programmi di riduzione o mantenimento del peso
Risultati	1. Efficaci sulla riduzione degli episodi di *binge-eating* ma ridotti effetti sulla perdita di peso. 2. Antidepressivi e anticonvulsivi sono efficaci ed hanno un effetto maggiore sulla remissione di episodi di *binge-eating* e sulla diminuzione delle comorbidità psichiatriche in confronto al gruppo con placebo. 3. Non porta ulteriori effetti positivi sui sintomi del BED ma ha un effetto leggero sulla perdita di peso. 4. Pazienti obesi con *BED* o senza *BED* presentano gli stessi benefici. CBT e programmi di riduzione o mantenimento del peso hanno gli stessi effetti.
Osservazioni	Inclusione di pochi approcci. Numero di studi non conosciuti per la parte sul BED. Riferimento agli studi poco chiaro. Nessun riferimento ergoterapico.

Allegato VIII

Altri risultati emersi dell'analisi dei 10 articoli scientifici

1. Le strategie di trattamento

1.1 Strategie comportamentali

Amianto et al. (2015) descrivono l'efficacia dei trattamenti comportamentali o *Behavioral Treatment* per i pazienti con *BED,* sviluppati per i pazienti obesi in generale e basati sulla modificazione della dieta e dello stile di vita. Ribadiscono che la riduzione del peso è importante per i pazienti *BED*, sia per diminuire l'insoddisfazione legata all'immagine del corpo e del peso, sia per ridurre le comorbidità. Visto le conseguenze negative degli episodi di alimentazione restrittiva nei pazienti con *BED (*possono innescare episodi di *binge-eating)*, è sconsigliabile proporre delle diete troppo restrittive (Herpertz et al., 2011). Inoltre, viene suggerito di non escludere completamente le scelte degli alimenti, ma di incoraggiare la persona a moderare la loro quantità secondo i propri bisogni fisiologici.
Per quello che concerne l'efficacia delle consulenze nutrizionali e delle diete, Herpertz et al. (2011) hanno osservato che le diete moderate o ipocaloriche nei pazienti obesi con o senza *BED* sembrano essere buone strategie per prevenire gli episodi di abbuffate. Yau et al. (2014) invece trovano poca evidenza scientifica nelle diete prive di cibo *hyper-palatable* ricco di zuccheri raffinati e grassi nelle persone con BED. Sottolineano però, l'utilità di utilizzare un piano alimentare.
L'esercizio fisico associato ad una dieta equilibrata è un altro fattore per la perdita di peso per il suo effetto inibitore sul consumo eccessivo di cibo (Carter et al., 2016) e aiuta anche a migliorare l'umore e lo stato generale di salute. Carter et al. (2016) descrivono anche l'effetto positivo dell'esercizio fisico a livello neurobiologico, psicologico e comportamentale che sostiene la presa di decisione. Tuttavia, le condizioni fisiche compromesse dei pazienti con BED richiedono a volte una riduzione del peso attraverso un intervento chirurgico o farmacologico (Carter et al., 2016) oppure implicano un'attività fisica graduale e dietro la supervisione di un medico (Amianto et al. 2015). Amianto et al., (2015) specificano che l'efficacia delle terapie comportamentali basate sulla dieta, sull'esercizio fisico e sulla remissione del disturbo di *binge-eating* è minore rispetto agli interventi più specifici come la psicoterapia.

1.2 Strategie educative

(Amianto et al., 2015) parlano dei trattamenti educativi che promuovono una comprensione del proprio stato per una migliore gestione di esso. Questi interventi informano i pazienti con *BED* su argomenti centrali come i fattori che predispongono, che scatenano e che mantengono i comportamenti alimentari impulsivi, gli effetti negativi del sovrappeso, delle diete restrittive o squilibrate ed i metodi più efficaci di regolazione del peso. Secondo gli stessi autori, gli vantaggi di questi interventi sono diversi; possono essere amministrati da un personale poco qualificato, facilmente proposti sotto forma scritta e organizzati in sessioni brevi settimanali di gruppo. Viene insegnato l'auto-monitoraggio circa l'assunzione di cibo e come mantenere uno stile di vita sano nel tempo. Gli interventi hanno per obiettivo principale la modificazione dello stile e della qualità della vita, la promozione della salute e non la perdita di peso.

Malgrado le evidenze sull'efficacia dei trattamenti educativi per la riduzione degli episodi di *binge-eating* e dell'impulsività, sono però controversi gli effetti sulla soddisfazione legata all'immagine del proprio corpo, all'ansia ed ai sintomi depressivi (Amianto et al., 2015).
Wasmuth et al. (2016) dimostrano l'utilità degli apprendimenti didattici, ossia quegli interventi basati sulla formazione o l'istruzione ai fini di imparare nuove strategie da applicare durante la riabilitazione; le evidenze scientifiche suggeriscono che la generalizzazione di questi apprendimenti nella vita quotidiana può diventare una sfida per i soggetti con poca metacognizione. Infatti la ricerca ha dimostrato che, una parte delle persone con dipendenze, ha un punteggio basso nei test sulla padronanza della metacognizione ossia la capacità di riflettere sulle proprie capacità cognitive, di comprendere i propri pensieri e quelli degli altri per rispondere alle sfide quotidiane personali e interpersonali. Questa scarsa padronanza metacognitiva è stata anche associata al deficit occupazionale nelle persone con disturbo d'abuso da sostanze. La letteratura ha inoltre correlato questa capacità all'autoefficacia[22] e all'efficacia della riabilitazione nelle persone con dipendenza. (Pritchard et al., 2015) ricordano che secondo Kielhofner (2008) la metacognizione e l'autoefficacia sono limitati negli individui che non partecipano regolarmente ad occupazioni significative.
Gutman (2006) propone una strategia educativa dispensata dal team (coinvolti anche gli ergoterapisti) indirizzata alla persona ed alla sua famiglia per rinforzare le conoscenze sul processo della dipendenza. La comprensione dei meccanismi neurologici e della cronicità di questa condizione rende più realistici le aspettative legate alla riabilitazione, cambiando la percezione in caso di ricadute.
Gli ergoterapisti devono capire i meccanismi neurologici peculiari dell'astinenza, spesso accompagnata da un umore disforico (sbalzi di umore), depressione e ansia; questi stati sono il risultato dei cambiamenti fisici e cerebrali dovuti all'abbassamento repentino del livello di dopamina.

1.3 Strategie neuro-psico-cognitive

Secondo Amianto et al. (2015) la DBT è un approccio efficace per la presa in carico dei pazienti con BED nella stessa maniera del CBT, con un focus maggiormente indirizzato alla regolazione delle emozioni ed alla tolleranza allo stress, ma ha dimostrato limiti sulla perdita di peso, la depressione e l'ansia. Yau et al. (2014) osservano dei risultati di DBT superiori a quelli della CBT in termine di astinenza del *binge-eating.* Secondo Amianto et al. (2015) la IPT, che focalizza l'aspetto sociale e la transizione del proprio ruolo/identità nell'obbiettivo di migliorare le interazioni sociali ed affrontare i conflitti interpersonali, ha dimostrato la sua efficacia nei pazienti con BED. Herpertz et al. (2011) condividono queste evidenze parlando di risultati "altamente efficaci" della IPT sulla riduzione *del binge-eating* quando inserita in un contesto di auto-aiuto con l'utilzzo di un manuale-guida. Amianto et al. (2015) osservano che l'efficacia della CBT e dell'IPT si riscontra maggiormente nel lungo termine ovvero nel miglioramento della qualità di vita, dell'alleanza terapeutica e della riduzione del tasso di ricaduta. Yau et al. (2014) Amianto et al. (2015) e Herpertz et al. (2011) dimostrano effetti positivi della CBT e della IPT sulle persone con disturbo dell'alimentazione, anche in contesti di

[22] La teoria dell'autoefficacia considera gli individui come agenti attivi della propria vita che operano un controllo e una regolazione dei loro atti utilizzando l'anticipazione e l'aggiustamento. Il sentimento d'efficacia è costituito da cognizioni che riflettono la storia della persona, contribuisce a determinare le scelte di attività e degli ambienti, favorisce l'investimento del soggetto nel proseguire gli scopi da lui fissati e la perseverazione nelle sfide e nelle reazioni emotive che prova di fronte agli ostacoli (Oxford Reference, 2002)

gruppo di auto-aiuto; l'IPT è efficace sulla riduzione degli episodi di *binge-eating* e delle problematiche psichiatriche anche sul lungo termine, al contrario della CBT di cui l'effetto non si mantiene dopo la cessazione del trattamento (Yau et al., 2014). Inoltre, Amianto et al. (2015), Herpertz et al. (2011) e Yau et al. (2014) si accordono sull'impatto debole della CBT sulla perdità di peso.
Psicoterapie ed approcci di allenamento cognitivo rappresentano un potenziale nella riduzione del peso a lungo termine nelle persone obese dipendenti dal cibo. Carter et al. (2016) descrivono un effetto sul rafforzamento del controllo dell'impulsività, il miglioramento dell'autoregolazione e della regolazione emozionale, la tolleranza e il riposizionamento del cibo come fonte nutrizionale e non di ricompensa o di piacere. Anche secondo Amianto et al. (2015) le psicoterapie rappresentano i trattamenti migliori in termini di validità scientifica e di efficacia per i pazienti con *BED*. Carter et al. (2016) attribuiscono risultati positivi alle psicoterapie ed agli approcci di allenamento cognitivo poiché riducono i comportamenti di overeating e incorraggiano la perdità di peso. Invece Wasmuth, Pritchard, & Kaneshiro (2016) ritengono la psicoterapia meno efficacie di una terapia familiare nei pazienti con abuso di sostanze.
Lo strumento più studiato e che si ritrova in quasi tutti gli articoli è la terapia cognitivo-comportamentale o *Comportamental Behavior Terapy* (CBT). La CBT ha per obbiettivo l'eziologia del comportamento alimentare e la sua relazione con la stima di sé eccessivamente dipendente della forma del corpo. È un intervento pratico dove il setting e la durata possono essere adattati ai bisogni clinici della persona (Amianto et al., 2015). Per Stoffel & Moyers (2004) la CBT è uno strumento utile per i pazienti con dipendenze classiche disposti ad operare un cambiamento e motivati a costruire nuove capacità che supportino il processo di cambiamento; il paziente identifica i suoi pensieri, sentimenti, azioni presenti e precedenti che possano provocare situazioni a rischio di consumo in modo tale che l'ergoterapista possa aiutarlo a capire le sue scelte ed a valutare le diverse conseguenze di queste scelte. Yau et al. (2014) dimostrano effetti positivi della CBT, della terapia dialettico-comportamentale o *Diallectic Behavior Therapy* (DBT) e della psicoterapia interpersonale o *Inter Personal Therapy* (IPT) sulle persone con disturbo dell'alimentazione; quest'ultima è efficace sulla riduzione degli episodi di *binge-eating* e delle problematiche psichiatriche, incluse le preoccupazioni eccessive sulla forma del corpo, l'alimentazione e il peso. Gli stessi autori evidenziano che attualmente non esiste nessun programma per la dipendenza dal cibo ma considerano il modello per pazienti con BED come una possibilità di trattamento. Secondo Amianto et al. (2015) la CBT è più efficace quando esercitata singolarmente rispetto alla combinazione con altri trattamenti, con un tasso di remissione del BED dal 50% al 60%. I risultati di efficacia si riscontrano però maggiormente nel lungo termine ovvero nel miglioramento della qualità di vita, dell'alleanza terapeutica e della riduzione del tasso di ricaduta. Questi risultati includono anche la normalizzazione degli schemi alimentari, il miglioramento dei pensieri negativi e della percezione della propria salute. Invece Yau et al. (2014) parla dell'effetto non durabile della CBT dopo la cessazione del trattamento. Herpertz et al. (2011) osservano una riduzione effettiva dei sintomi, della frequenza degli episodi di abbuffate e dei giorni con episodi di abbuffate. Amianto et al. (2015), Herpertz et al. (2011) e Yau et al. (2014) sono d'accordo sull'impatto debole della CBT sulla perdità di peso. D'altra parte la CBT ha dimostrato la sua utilità quando è esercitata in un contesto di gruppo di auto-aiuto (Amianto et al., 2015).
Amianto et al. (2015) e Yau et al. (2014) parlano anche della DBT e della IPT sulla dipendenza dal cibo. Secondo Amianto et al. (2015) la DBT è un approccio efficace per la presa in carico dei pazienti con BED nella stessa maniera del CBT, con un focus maggiormente indirizzato alla regolazione delle emozioni ed alla tolleranza allo stress,

ma ha dimostrato limiti sulla perdita di peso, la depressione e l'ansia. La DBT sembra anche efficace in setting di gruppo di auto-aiuto. Yau et al. (2014) osservano dei risultati di DBT superiori a quelli della CBT in termine di astinenza del *binge-eating.*
Secondo Amianto et al. (2015) la IPT, che focalizza l'aspetto sociale e la transizione del proprio ruolo/identità nell'obbiettivo di migliorare le interazioni sociali ed affrontare i conflitti interpersonali, ha dimostrato la sua efficacia nei pazienti con BED, anche in un setting di gruppo di auto-aiuto. La IPT ha un efficacia paragonabile alla CBT sulla riduzione degli episodi di binge-eating ed sulla diminuzione delle comorbidità psichiatriche, come sulla riduzione del peso in certi pazienti ma solo sul lungo termine (controllo ad un anno ed a quattro anni) (Yau et al., 2014; Amianto et al., 2015). Herpertz et al. (2011) condividono queste evidenze parlando di risultati "altamente efficaci" della IPT sulla riduzione *del binge-eating* quando inserita in un contesto di auto-aiuto con l'utilzzo di un manuale-guida. Invece dimostrano l'inefficacia della IPT in termini di perdita di peso dovuto magari al numero basso di studi relativi alle strategie di auto-aiuto.
(Gutman, 2006) descrive il ruolo importante dell'ergoterapista nel cambiamento dei pensieri disfunzionali; sembra utile organizzare incontri con le persone amate dal paziente per un confronto sulle ripercussioni dell'abuso di sostanze con lo scopo di paragonare i vantaggi offerti dal consumo della sostanza sul benessere della persona ed i danni che provoca questo abuso sulla salute, la famiglia, il lavoro, le finanze e gli obiettivi personali. Stoffel & Moyers (2004) suggeriscono che un allenamento alle strategie di *coping* come tecniche per sostituire i pensieri per la sostanza con altri o evitare gli ambienti a rischio, sono ben assimilati dai pazienti e possono essere d'aiuto per mantenere la guarigione a lungo termine.
Singlehurst et al. (2007) presentano i risultati di uno studio pilota in ergoterapia con pazienti affetti da BED e identificano le conseguenze negative delle preoccupazioni tra il cibo, il peso e l'immagine del proprio corpo sulla performance occupazionale, sul comportamento e sulle relazioni sociali che portano spesso all'isolamento. Sottolineano che la gestione dell'immagine di sé, concetto che più dell'apparenza fisica rappresenta anche la percezione di sé come individuo, deve essere approfondito nella pratica degli ergoterapisti, non ancora competenti, attraverso formazioni e pratica. Davanti alla mancanza di letteratura su questo argomento, gli autori raccomandano più studi sulla gestione dell'immagine di sé da parte degli ergoterapisti.

La comprensione dei processi neurobiologici della dipendenza al cibo e dell'obesità hanno permesso lo sviluppo di altre tecniche neurologiche più invasive ed a rischio come la stimolazione profonda del cervello o *deep brain stimulation* (DBS) (tramite l'inserzione di microelettrodi in alcune regioni del cervello) la cui l'efficacia è stata dimostrata in qualche casi clinici; Carter et al. (2016) denunciano però la mancanza di seguito, i campioni limitati e la presenza di *bias* e raccomandando l'estrema prudenza nell'interpretazione du questi risultati. Parlano anche del potenziale di altre stimolazioni cerebrali meno invasive come la stimolazione magnetica transcranica o le tecniche di modulazione (per es. Il feed-back neuronale in tempo reale) senza definire la loro efficacia.

1.4 Strattegie chirurgiche e farmacologiche

La chirurgia bariatrica è un trattamento consigliato nel caso di obesita grave (BMI ≥ 40 o BMI ≥ 35 con comorbidità). Le limitazioni previste dalle linee guida attuali prevedono una controindicazione per i pazienti con BED ma in realtà, a causa della prevalenza dei

candidati obesi con *BED*, questa limitazione è sempre stata adattata caso per caso (Amianto et al. 2015). Secondo la revisione della letteratura di Amianto et al. (2015), la chirurgia bariatrica ha dimostrato effetti significativi sul miglioramento dell'umore e sulla qualità di vita a corto termine ma nessuna differenza è stata dimostrata dopo 12 mesi in confronto ad una strategia comportamentale basata sulla dieta e sull'esercizio fisico o sul cambiamento dello stile di vita. L'efficacia è maggiore per quello che concerne la perdità del peso, indipendentemente della presenza o meno del *BED*, ma gli studi dimostrano un riguadagno di peso dopo 5 anni. Alla luce degli alti costi della chirurgia bariatrica e delle sue conseguenze importanti sul cambiamento di stile di vita e sulla persona o, in certi casi, operazioni irreversibili che hanno per conseguenza la somministrazione a vita di farmaci, è raccomandata la selezione attenta dei canditati. I pazienti con BED che sono stati sottoposti ad una chirurgia bariatrica tendono a riprodurre parzialmente comportamenti di binge-eating dopo 12 mesi, imparando ad aggirare le limitazioni causate dall'operazione, per esempio sostituendo i classici episodi di binge-eating con cibi altamente calorici liquidi o semiliquidi.

Le strategie farmacologiche hanno per scopo la riduzione dell'impulsività legata al cibo, agli episodi di binge-eating ed ai sentimenti negativi nei pazienti con *BED* (Amianto et al., 2015). Gutman (2006) spiega i tre effetti principali dei diversi farmaci attualmente utilizzati nell'abuso di sostanze:
1. impedire alla sostanza di arrivare al bersaglio neurologico rendendo inerti gli effetti della sostanza,
2. Mimetizzare gli effetti della sostanza senza causare i suoi effetti deleteri, riducendo i sintomi di astinenza
3. Fermare i processi neurologici della dipendenza, eliminando sintomi di astinenza e la ricadute.
Herpertz et al. (2011), Amianto et al. (2015) e Yau et al., (2014) dimostrano l'effetto dei farmaci sulla diminuzione degli episodi di binge-eating e sulla perdità di peso ma Amianto et al. (2015) Yau et al., (2014) osservano la mancanza di evidenze sull'efficacia a lungo termine. Nello stesso modo Carter et al. (2016) descrivono l'azione di farmaci che agiscono sul circuito della ricompensa legata all'*overeating* unicamente sul breve termine. Gli antidepressivi sono quelli più studiati e utilizzati nel trattamento dei pazienti con BED e hanno dimostrato la loro efficacia sull'impulsività, l'ansia, i sintomi depressivi ed i sentimenti negativi che scatenano gli episodi di binge-eating *(Amianto et al., 2015 ; Herpertz et al., 2011)*. Secondo Amianto et al. (2015) è raccomandata la scelta di antidepressivi che hanno un effetto sulla fame ed il peso come le molecole pro-anorettiche (che diminuiscono l'appetito) per aumentare la compliance al trattamento. Per questa ragione, gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), sono comunemente utillizzati per la loro azione conto l'impulsività dimostrando efficacia sulla riduzione del binge-eating quando assunti ad alte dosi; in ogni caso il loro effetto rimane minore a quella della *CBT (Amianto et al., 2015 ; Herpertz et al., 2011)*. Altri farmaci della famiglia degli anti-epilettici o psicostimolanti hanno un effetto sulla riduzione della fame e del peso ma i loro benefici mancano di evidenza. L'efficacia di farmaci finalizzati a bloccare il piacere del cibo attraverso il sistema oppiodergico sono stati testati ma il loro impatto è scarso (Carter et al., 2016).Tuttavia, malgrado i dubbi sulla reale efficacia di questi farmaci, sono comunemente prescritti nella gestione del *BED (Amianto et al., 2015)*. Herpertz et al. (2011) ricordano che nessun farmaco è ufficialmente riconosciuto per il trattamento del

BED (uso *off-label*[23]). Inoltre, Gutman (2006) ricorda che, malgrado l'effetto che possono avere i farmaci sui sintomi fisici e di astinenza, le ricerche attuali non permettono di trattare lo stato di dipendenza del cervello, fattore chiave e responsabile dell'inefficacia della maggioranza degli interventi per la dipendenza che si occupano dei sintomi e degli stimoli ambientali, lasciano il cervello in uno stato di dipendenza portando inesorabilmente alla ricaduta. Inoltre Kiepek & Magalhães (2011) mettono in guardia contro il potenziale rischio di dipendenza ai farmaci.

1.5 Strategie motivazionali

La revisione di Stoffel & Moyers (2004) riporta gli effetti positivi del metodo FRAMES (*Feedback, Responsability, Advice, Menu, Empathy e Self-efficacy*) quale strategia motivazionale usata nel quadro di interventi brevi.
Carter et al. (2016) presentano i sistemi di ricompensa o *contingency management* i quali, attraverso incentivi (per es. il pagamento) per raggiungere certi obbiettivi, hanno dimostrato efficacia negli individui con dipendenza alle sostanza, finché il sistema di ricompensa rimane. Gli stessi autori parlano anche di successo nel ridurre comportamenti di *overeating* e sulla perdita di peso nelle persone in sovrappeso. Questo tipo si strategia è però eticamente criticata e non sostenuta del sistema sanitario americano che considera che il cambiamento delle abitudini nelle persone con dipendenze o obese è un responsabilità individuale che dovrebbe avvenire indipendentemente del fatto che siano pagate per farlo.

1.5 Strategie relative allo stigma verso le persone obese

L'obesità è stigmatizzata nella maggior parte dei paesi occidentali e il fenomeno, in aumento dagli anni 2000, è paragonabile alla discriminazione razziale. Carter et al. (2016) si sono interessati alle ripercussioni che potrebbe avere un cambiamento di paradigma a riguardo della persona obesa; certi argomentano che spiegare l'obesità con ragioni neurobiologiche che, di conseguenza, limiterebbero la responsabilità individuale, potrebbe ridurre lo stigma e cambiare l'attitudine di fronte alle persone obese. Infatti dimostrano che la gente prova più simpatia per le persone che non sono riconosciute responsabili della loro condizione (come per l'Alzheimer) rispetto a quelle obese o dipendenti dalle sostanze. Tuttavia, recenti studi inclusi nella revisione narrativa di Carter et al. (2016) descrivono evidenze contrarie; alcune osservano una riduzione dello stigma verso le persone obese con dipendenza al cibo o verso persone con malattie psichiatriche o dipendenti dalle sostanze, mentre altre (per esempio sugli alcolisti) non osservano nessun cambiamento. Gutma (2006) osserva questo fenomeno ed afferma che, malgrado le evidenze scientifiche sulle origini neurobiologiche e genetiche delle dipendenza, la società in generale ed i professionisti della salute non cambiano la loro percezione verso la dipendenza: continua ad essere vista come un problema di carattere morale e di scarsa capacità di controllo e di volontà. Carter et al.

[23] "Si definisce "off-label" l'impiego nella pratica clinica di farmaci già registrati ma usati in maniera non conforme a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto autorizzato. L'uso *off-label* riguarda, molto spesso, molecole conosciute e utilizzate da tempo, per le quali le evidenze scientifiche suggeriscono un loro razionale uso anche in situazioni cliniche non approvate da un punto di vista normativo. Questa pratica è ampiamente diffusa in vari ambiti della medicina, quali, ad esempio, oncologia, reumatologia, neurologia e psichiatria." (AIFA - Ministero della Salute, 2006, p140)

(2016) riferiscono la necessità di investigare maggiormente sulle ripercussioni di un cambiamento di posizione sulla riduzione dell'obesità.

1.6 Strategie politico-sanitarie

Yau et al. (2014) dimostrano l'efficacia della prevenzione del fumo e consigliano di applicare i suoi principi alla dipendenza al cibo. Osservano che le tasse sulle bibite zuccherate hanno un impatto ridotto rispetto al consumo. Inoltre costatano la scarsa *compliance* dell'industria alimentare. Anche Martin et al. (2016) dimostrano la resistenza dell'industria alimentare a intraprendere misure in favore della salute. Gli autori consigliano una modificazione dell'ambiente obesogenico, la creazione di tasse sui cibi *hyperpalatable* e ipercalorici e lo sviluppo di un'urbanizzazione orientata verso l'esercizio fisico. Inoltre, propongono un regolamento sulla promozione/pubblicità (nello stesso modo delle sigarette o dell'alcol). Come modalità d'approccio, suggeriscono di utilizzare la problematica scientificamente provata della sensibilità dei bambini alla pubblicità per ridurre la promozione dei cibi problematici e di conseguenza ridurne il consumo.

2. Gli obiettivi di trattamento

2.1 L'astinenza della sostanza o del comportamento e la perdita di peso

Nei pazienti con *BED*, l'obbiettivo primario dei diversi professionisti della salute è di arrivare all'astinenza del comportamento di *binge-eating* e, in un secondo tempo, ad una perdita di peso che si mantiene nel tempo. Infatti Amianto et al. (2015), sintetizzando la visione di due articoli, affermano che la perdita di peso non è prioritaria ma è un fattore associato che porta un certo numero di deficit e comorbidità e, di conseguenza, diventa importante nella presa in carico della persone obesa con *BED*. Un altro articolo di questa revisione preconizza l'astinenza del comportamento di *binge-eating* come obbiettivo già dall'inizio del trattamento perché in certi casi porta ad una perdita di peso significativa. Tuttavia, secondo due articoli, più che perdere peso, è ricercata la stabilizzazione del peso; al contrario, per i pazienti con BED, la motivazione principale per iniziare un trattamento riguarda il loro stato di obesità (Herpertz et al., 2011). Nei pazienti con BED, la letteratura riporta in generale una perdita di peso modesta, una ripresa di peso dopo il trattamento e fluttuazioni di peso (Amianto et al., 2015). Secondo gli stessi autori, questa mancanza di efficacia dei trattamenti riguardo la perdita di peso, deve essere interpretata di nuovo alla luce di stabilizzazioni del peso che hanno avuto successo e di prevenzioni alla ripresa di peso efficacie.

2.2 Lo sviluppo delle performance cognitive

Gutman (2006) sottolinea l'importanza della comprensione cognitiva e emozionale per poter mantenere la motivazione e l'astinenza. Amianto et al., (2015) descrivono come l'istruzione dei pazienti con *BED* sul modo di autogestire i loro sintomi attraverso l'allenamento al controllo autonomo delle fluttuazioni dell'umore, dell'ansia e dello stress permette di rendere i pazienti capaci di riconoscere i loro bisogni, di modificare i loro pensieri e di facilitare apprendimento cognitivo nonché intuitivo ed esperienziale. Herpertz et al. (2011) consigliano lo sviluppo delle conoscenze della meta-comunicazione per facilitare l'acquisizione di nuove conoscenze e ridurre il rischio di ricadute. Nello stesso modo Stoffel & Moyers (2004) riconosce la necessità di sviluppare le capacità cognitive e la partecipazione in occupazioni che facilitino l'acquisizione delle capacità supportanti il processo di cambiamento.

2.3 La Modificazione dei pensieri e abitudini disfunzionali

Carter et al. (2016) analizzano la neurobiologia della dipendenza al cibo indicando che i processi cognitivi implicati nelle dipendenze sono il focus principale delle psicoterapie e terapie cognitive comportamentali che, attraverso diversi approcci sul controllo dell'impulsività, il controllo emozionale e la tolleranza potrebbero dare nuove opportunità per una perdita di peso a lungo termine. Gutman, (2006) indica che gli ergoterapisti che si occupano della riabilitazione delle persone con dipendenze possono contribuire a cinque aspetti che aiutano la persona a:

1. modificare i pensieri distorti che accompagnano il processo di dipendenza in modo che le persone si rendano conto dell'impatto che la dipendenza ha sulla loro vita,
2. imparare ad evitare gli stimoli sensoriali relativi alla sostanza e che possono innescare le ricadute,
3. costruire nuovi ruoli, attività, abitudini e routine che non possono essere associati con il passato uso di sostanze,
4. imparare tecniche di gestione delle stress per un approccio migliore dei conflitti e di tolleranza delle emozioni che facilitano la ricaduta
5. acquisire competenze sociali appropriate che possano sostituire comportamenti inadatti appresi dalla ricerca e l'ottenimento della sostanza.

L’autrice Daphné Morier-Genoud è l’unica responsabile dei contenuti della tesi di Laurea,

***

Il LT approvato in data:

…….....

***

Direttore di tesi: Prof. Matthias Möller

.....