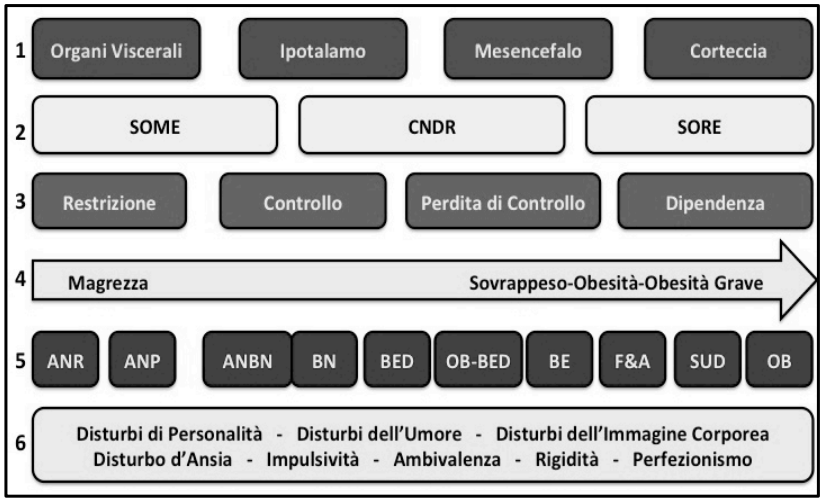
centralità della Food Addiction

Centralità F&A 1

DA & O Malattia Sistemica

Centralità F&A 2

La Continuità nei DA&O



Centralità F&A 3

1

Evoluzione Storica

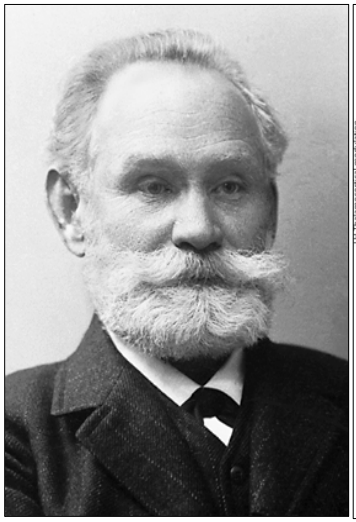
Centralità F&A 4

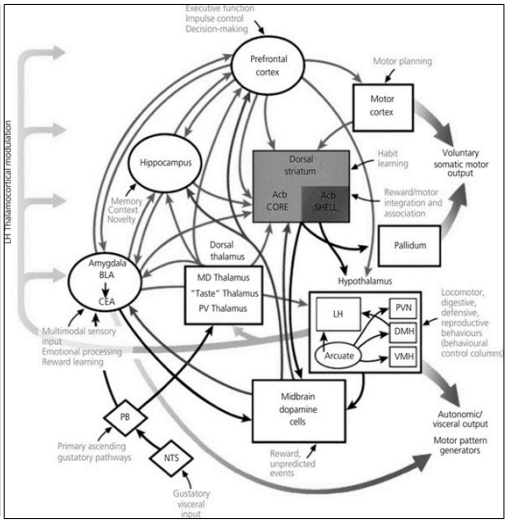
Il Percorso secolare della Food & Addiction

Pavlov	**1904**	**Riflessi Condizionati**
Hoebel - Teitelbaum	**1962**	**Auto-Stimolazione del Reward**
Sclafani	**1976**	**Dietary Obesity**
Hoebel	**1985**	**Regolazione Neurale del CA**
Wang - Volkow	**2001**	**Recettori D2R della DPM**
Avena - Hoebel	**2003**	**Sugar Addiction**
Volkow	**2007**	**Impegno del NIDA**
Koob - Volkow	**2010**	**Percorsi terapeutici adeguati**
Kenny	**2011**	**Cibo palatabile come Cocaina**
Krashes	**2014**	**Nuovi circuiti: Optogenetica**

Centralità F&A 5

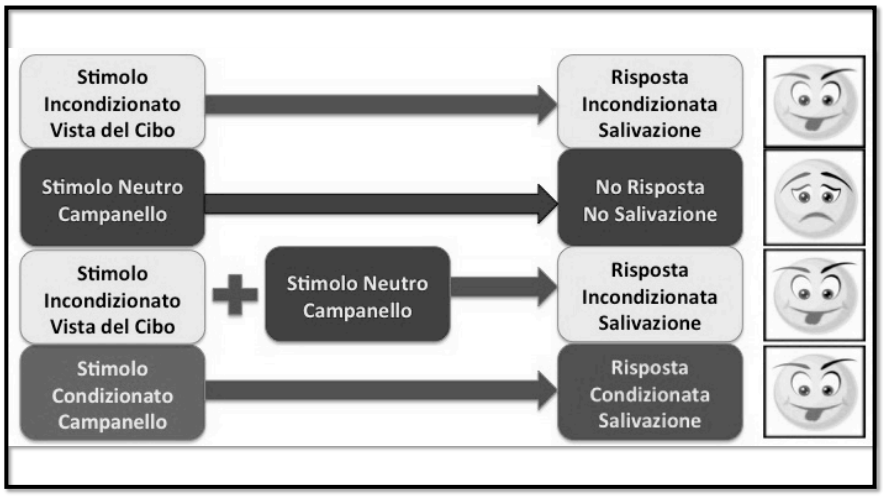
Ivan Pavlov: 1904





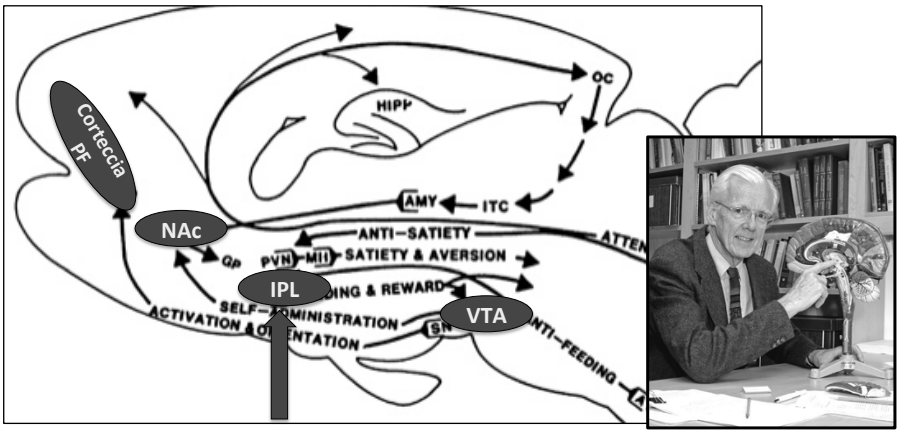
Centralità F&A 6

I Riflessi Condizionati



Centralità F&A 7

Bart G Hoebel: 1962-1965.
Hypothalamic control of feeding and self stimulation.
Disinibition of feeding and self-stimulation.
1. Mette in evidenza nel 1962 e nel 1965 la disinibizione alimentare con l'elettro-cauterizzazione dell'ipotalamo laterale e
2. IL "Reward" del Cibo col coinvolgimento del NAc e della Dopamina



Hoebel BG: 1985
Brain neurotransmitters in food and drug Reward

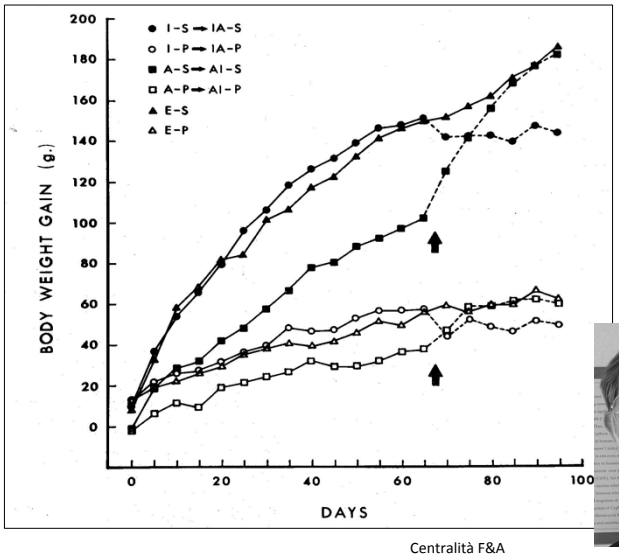
Introduce del concetto di "Reward"

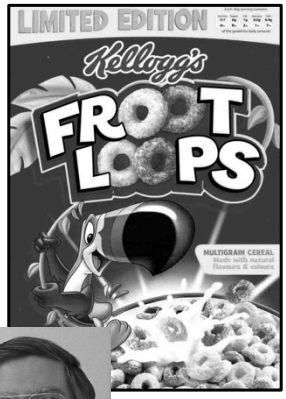
Ricompensa = Benessere Psichico = Piacere

1. **La scoperta di neuro-peptidi come neuro-trasmettitori apre un nuovo capitolo per lo studio del comportamento alimentare**
2. **Studi correnti suggeriscono il coinvolgimento del sistema limbico dove ciascun nella regolazione del consumo di cibo con la mediazione della dopamina**

Centralità F&A 9

Antony Sclafani: 1976. Dietary Obesity in Adult Rats
Similarities to Hypotalamic and human Obesity Syndromes





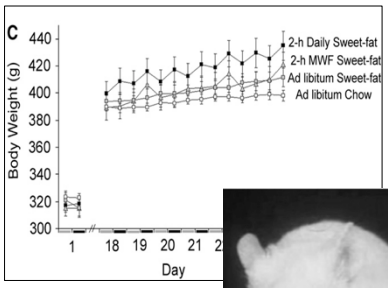
Centralità F&A 10

Avena NM, Hoebel BG: 2003

A diet promoting sugar dependency causes behavioral cross-sensitization to a low dose of amphetamine

Dimostravano che le esposizioni ripetitive ed intermittenti allo zucchero+grassi trasformavano l'animale normale in un Modello di Dipendenza col coinvolgimento del Nucleo Accumbens e dell'Area Tegmentale Ventromediale ad opera della Dopamina

Centralità F&A 11



Restrizione Intermittente

Mangime Standard

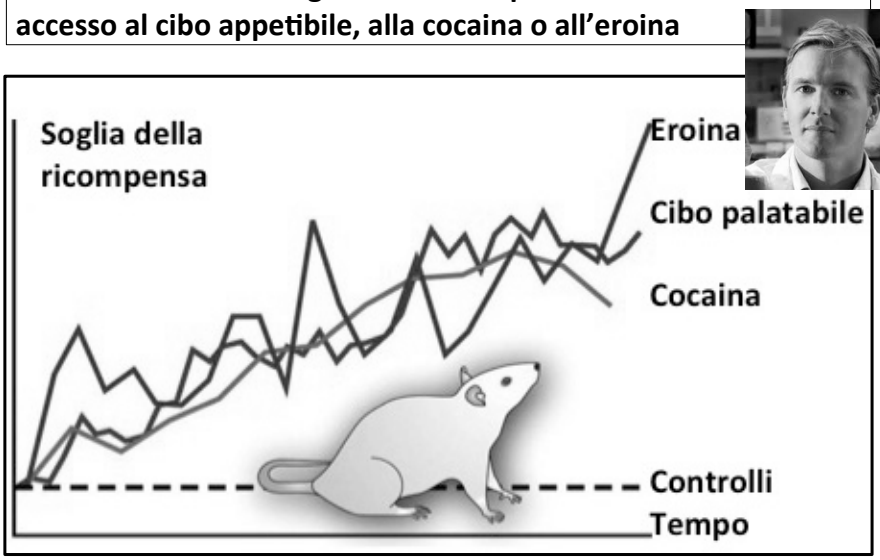
Diventano Obesi Mangime Zuccherato

Restrizione Forzata

Binge
Craving
Sindrome Astinenza
Cross-Sensitization

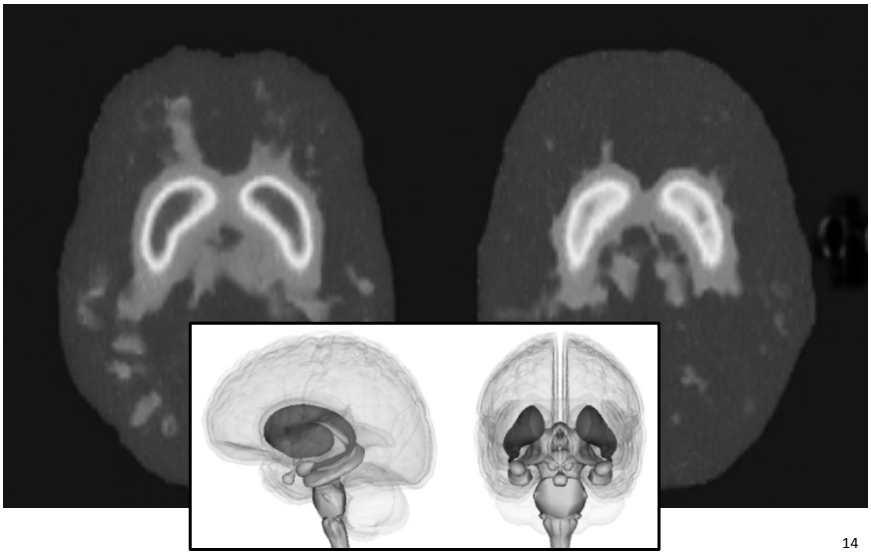
Centralità F&A 12

PJ Kenny: 2010
Innalzamento della soglia della ricompensa nei roditori con accesso al cibo appetibile, alla cocaina o all'eroina



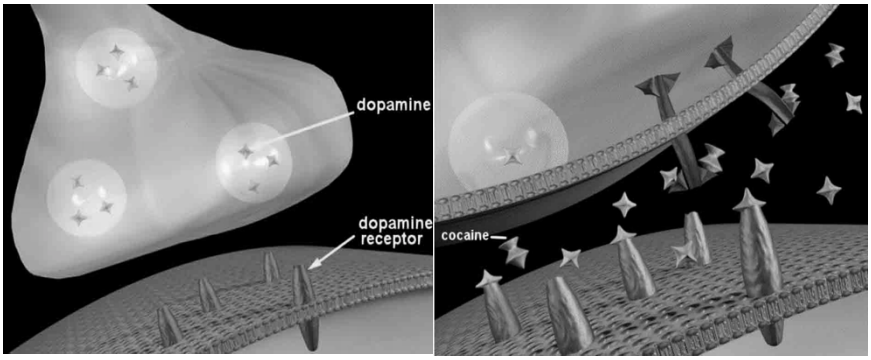
Centralità F&A 13

Wang GJ: 2001. Soggetti OB hanno una ridotta disponibilità di recettori D2R della Dopamina nel NAc dello Striato



14

Recettori della Dopamina e della Cocaina

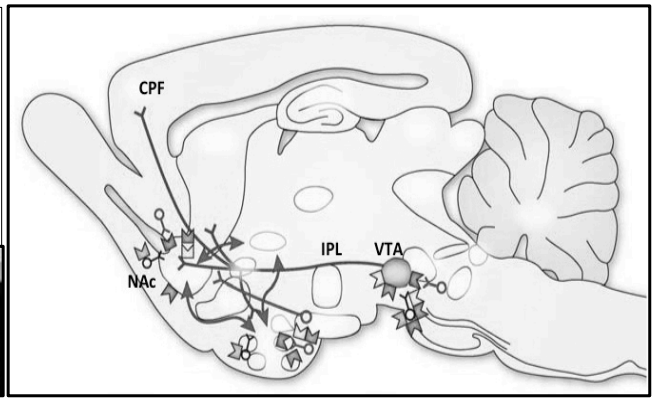


Centralità F&A 15

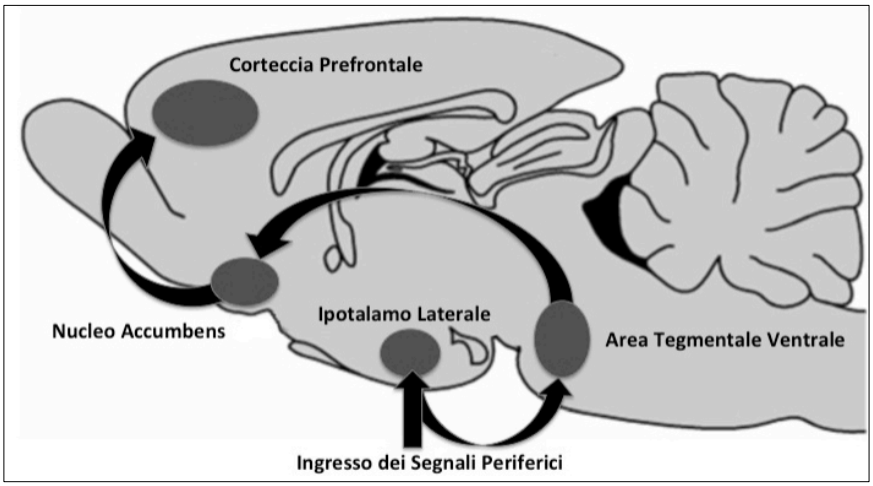
Nora D Volkow: 2007-2008
Direttore del NIDA (National Institute on Drug Addiction)
Al DSM-5: L'Obesità deve essere inclusa come "a brain disorder?

Dimostra, con le tecniche di neuro-imaging, la sovrapposizione dei circuiti neurali nelle Dipendenze e nell'Obesità. Evidenza di una patologia sistematica

….. per prevenire o invertire l'evoluzione dell'Obesità va messo in evidenza che questa condizione non è solo un disordine metabolico ma anche un "disturbo mentale" …

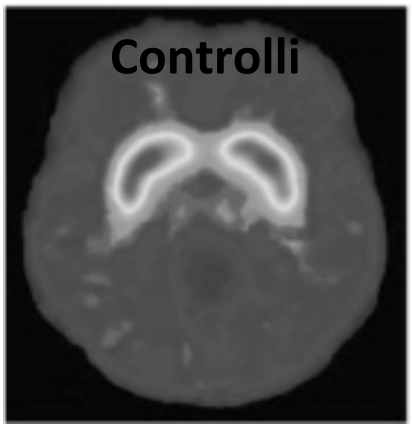


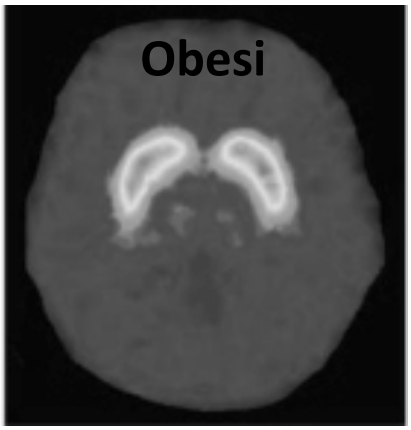
Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry and Addiction. Neuropsychopharmacology Reviews 2010



Centralità F&A 17

Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity

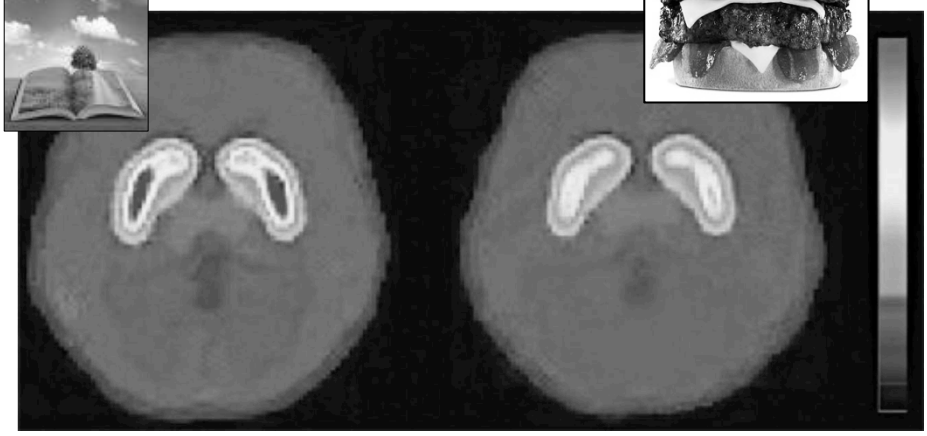


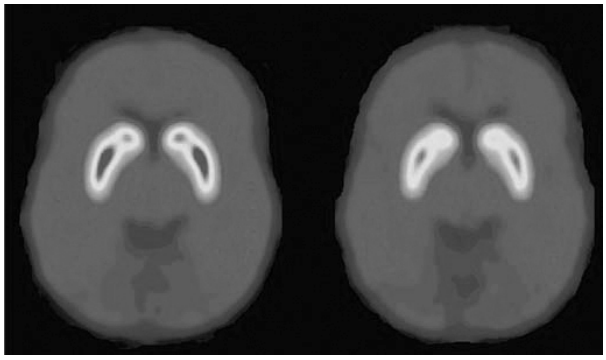


Centralità F&A 18

Neuro-immagini dello striato a seguito della esposizione al cibo

Nora D Volkow
Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology, 2008



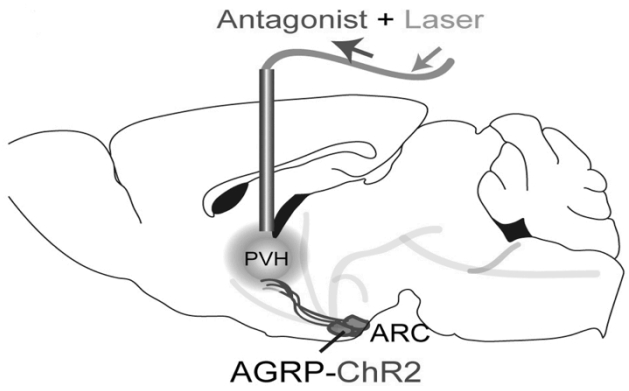


Con la PET , nello Striato (NAc-VTA) di soggetti con dipendenza da cocaina, alla semplice vista della droga, si mette in evidenza il rilascio della dopamina

Centralità F&A 20

Krashes MJ: 2014
Optogenetic and chemogenetic insights into the food addiction hypothesis.

Le conoscenze avanzate dei nuovi circuiti e il loro uso per valutare la dipendenza dalle Droghe sono utili per comprendere la Food Addiction



Centralità F&A 21

Highlights 1: cosa abbiamo imparato

1. Che consumiamo cibo come riflesso **condizionato**
2. Che esistono potenti neurotrasmettitori stimolati dalla sola vista del cibo, specialmente se iper-palatabile, che regolano l'Omeostasi della Ricompensa Edonica (SORE) con la mediazione della **dopamina (DPM)**
3. Che ci sono soggetti, con una **scarsa disponibilità** di recettori D2R della DPM, che hanno bisogno di compensare il deficit della ricompensa, col cibo o altre sostanze (droghe)
4. Che la Restrizione è un potente **rinforzo** del cibo
5. Che i Sistemi Neurali sono compromessi da **manipolazioni alimentari**: Restrizione e Binge Eating Intermittente

Centralità F&A 22

2

I sistemi Neurali Omeostasi

Centralità F&A 23

I Sistemi Neurali delle Omeostasi

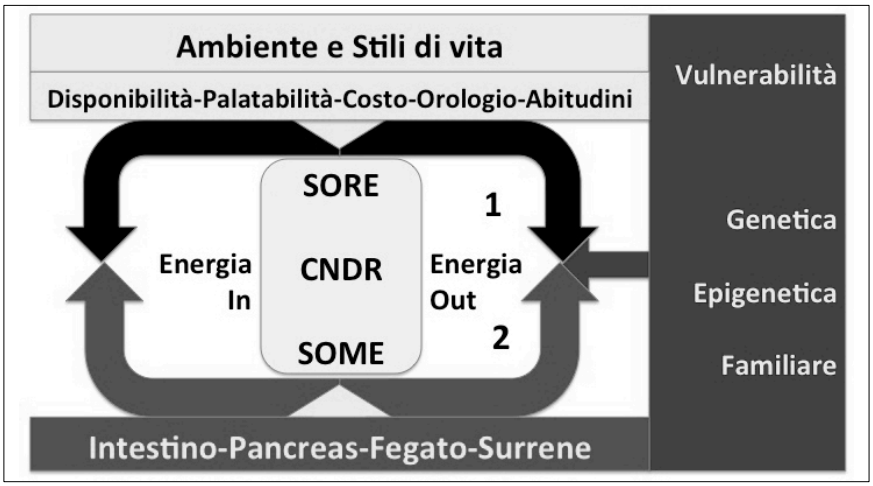
SORE
Sistema Omeostatico della Ricompensa Edonica
Regioni della Corteccia dedicate

CNDR
Circuiti Neurali della Dipendenza e della Ricompensa
Mesencefalo

SOME
Sistema dell'Omeostasi Metabolico-Energetica
Ipotalamo – Segnali Periferici

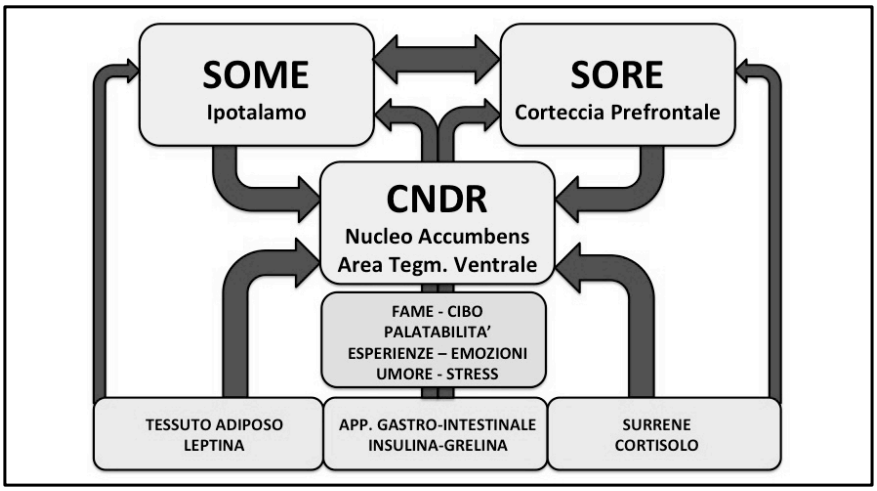
Centralità F&A 24

Berthoud HR. Metabolic and hedonic drives in the neural control of appetite: Who's the boss? 2011



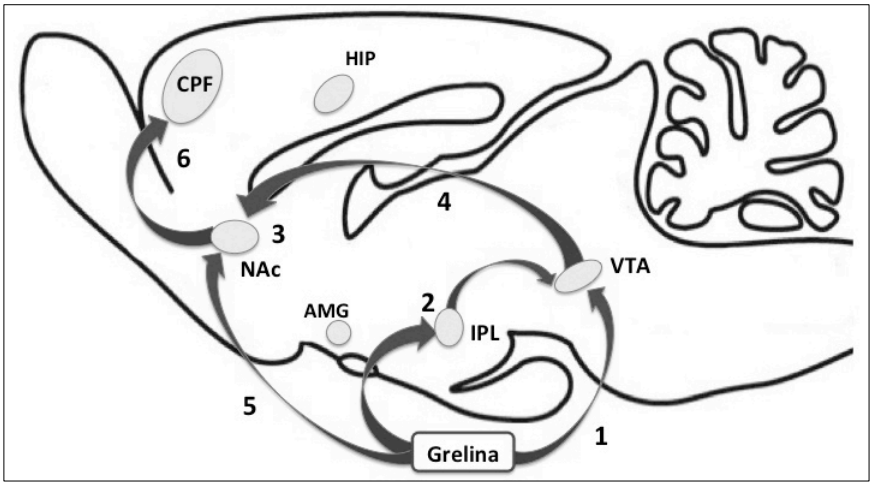
Centralità F&A 25

I Sistemi Neurali e Periferici Integrati



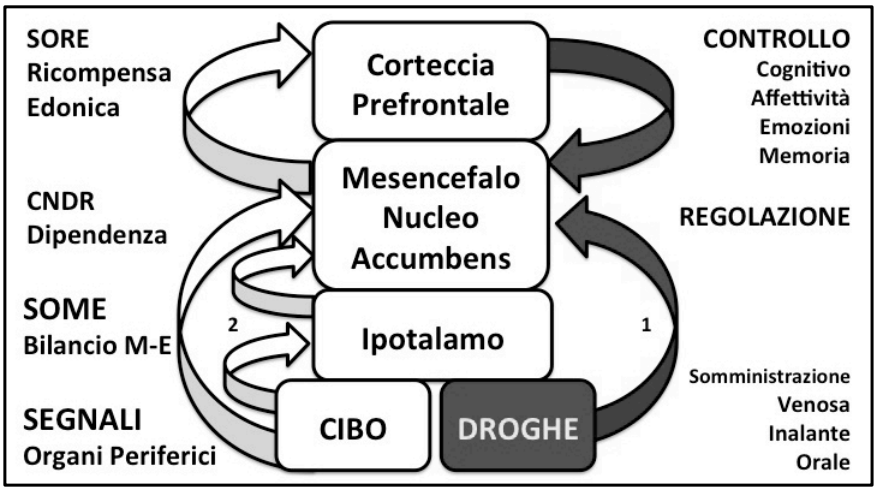
ANDID-PADOVA 26

Perellò M: 2012. Cervello di roditori con le regioni coinvolte nel sistema della grelina, un fattore importante nello sviluppo della F&A



Centralità F&A 27

Il percorso delle Droghe è diretto al NAc (1) Quello del Cibo passa dall'Ipotalamo (2)



Centralità F&A 28

Highlights 2: cosa abbiamo imparato

1. Che esistono Sistemi Neurali predisposti all'**Omeostasi** del Soma e della Psiche
2. Che il principale **mediatore** è la Dopamina
3. Che il percorso neurale delle Droghe è **sovrapponibile** a quello del Cibo
4. Che il percorso del Cibo è notevolmente **più complesso** per il coinvolgimento dell'Ipotalamo che fa da sensore dei segnali periferici

Centralità F&A 29

3

VIRAGGIO BULIMICO

Centralità F&A 30

Il Viraggio Bulimico nell'Anoressia Nervosa

1. **Nella storia naturale dell'AN compare spesso un comportamento alimentare in tempo variabile di mesi o anni (2-3) dall'inizio della restrizione per correggere il disagio del peso o della forma corporea (apparentemente)**

2. **Si tratta della perdita del controllo alimentare seguita da sistemi di compensazione, principalmente dal vomito autoindotto, per eliminare le "calorie" introdotte e per la paura di "ingrassare"**

31

Il Viraggio Bulimico nella Bulimia Nervosa

1. **L'antecedenza della restrizione è accertata e il razionale del VRB è rispettato. Non c'é discussione.**
2. **2. Il fenomeno della compensazione del vomito tiene basso il peso**
3. **In una certa percentuale i fenomeni della compensazione sono l'esercizio fisico compulsivo e l'uso incondizionato dei lassativi e dei diuretici, anche in assenza del vomito**

Centralità F&A 32

Il Viraggio (Bulimico) nel Binge Eating Disorder (BED)

1. **Nel caso del BED la restrizione è necessaria, anche se non è adeguata, per la correzione del sovrappeso**
2. **L'antecedenza della restrizione nel BED non è sempre rispettata: in un sottogruppo di soggetti il BE nasce prima (35-54%)**
3. **La spiegazione è dovuta alla familiarità per SUD o alla presenza di Depressione e Disturbi di Personalità come fattori scatenanti del Viraggio**

Centralità F&A 33

4

CONVERGENZA DA & O Sub. Use Dis

Centralità F&A

Cibo e Droghe hanno in comune le strutture che generano la "Ricompensa"

1. Droghe e cibo hanno in comune lo stesso sistema di strutture neurali che ha il compito di regolare i l'omeostasi edonica
2. Glucosio, cocaina, oppioidi, nicotina, caffeina e alcool attivano il circuito con gli stessi neuro-trasmettitori: Dopamina
3. Nei DA&O la prevalenza del SUD è approssimativamente del 50% rispetto al 9% della popolazione di controllo.
4. Per contro nei SUD la prevalenza dei DA&O è del 35% rispetto al 1-3% della popolazione di controllo

Centralità F&A 35

Lo studio osservazionale più articolato del 2010

1. La prevalenza dell'abuso di alcol è molto più elevata nel gruppo AN-BN (35.5%) rispetto al gruppo ANR (13.7%)

2. La prevalenza di SUD è molto più elevata nel gruppo AN-BN (31.8%) rispetto al gruppo ANR (6.4%)

Centralità F&A 36

Conclusione sulla Convergenza DA&O-SUD

1. **I SUD sono molto più comuni nel sottotipo AN-BN rispetto al sottotipo ANR**
2. **2. Nei soggetti con comportamenti compensatori e con perdita di controllo è molto più elevato il rischio di SUD**
3. **L'uso di sostanze è associato alla presenza di BE**
4. **L'uso dei sedativi, degli stimolanti e della cocaina è elevato specialmente nella AN-BN**

Centralità F&A 37

5

Centralità F&A 38

E' necessario uno Strumento per la valutazione della F&A

La "Yale Food Addiction Scale (YF&AS.A.It)" è uno strumento psicometrico progettato per valutare quantitativamente la corrispondenza del cibo con i criteri che caratterizzano un SUD secondo il DSM-IV

Centralità F&A 39

Nuove Dipendenze Comportamentali

40

Highlights 3: Che cosa abbiamo imparato

1. Che alla **Restrizione** segue ineluttabilmente una perdita di controllo ovvero il Binge Eating
2. Che nei DA&O è significativamente più alta la prevalenza del **consumo di droghe** (SUD)
3. Che la **Food Addiction** è un corollario del punto 1: Si associa la perdita di controllo per il cibo come avviene per l'astinenza della droga
4. Che la Food Addiction si può misurare con la **YF&AS.A.it** (complementare della BES e al TFEQ)
5. Che la Food Addiction è una **nuova dipendenza "comportamentale"**

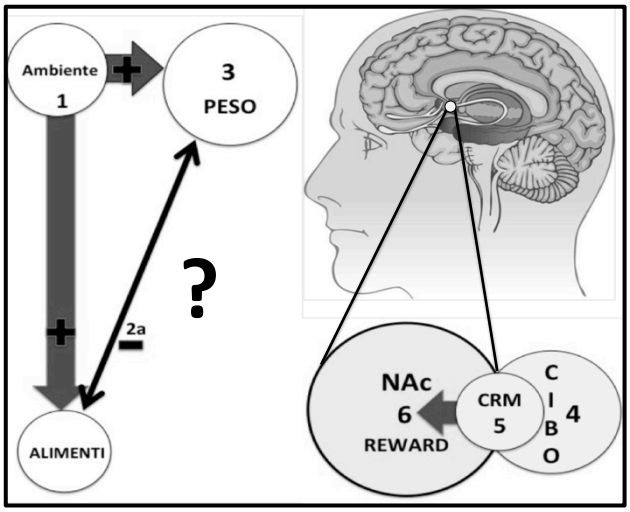
Centralità F&A 41

6

Circo Equestre Un Modello Didattico

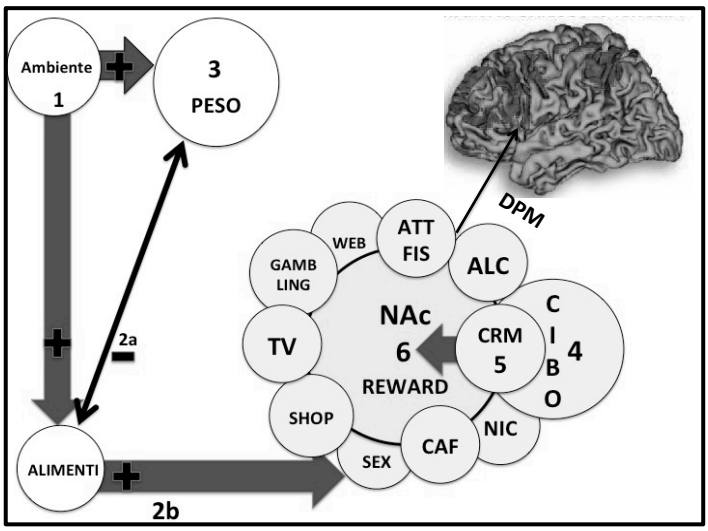
Centralità F&A 42

Quando i Sistemi Neurali del Circo Equestre non sono tenuti in considerazione



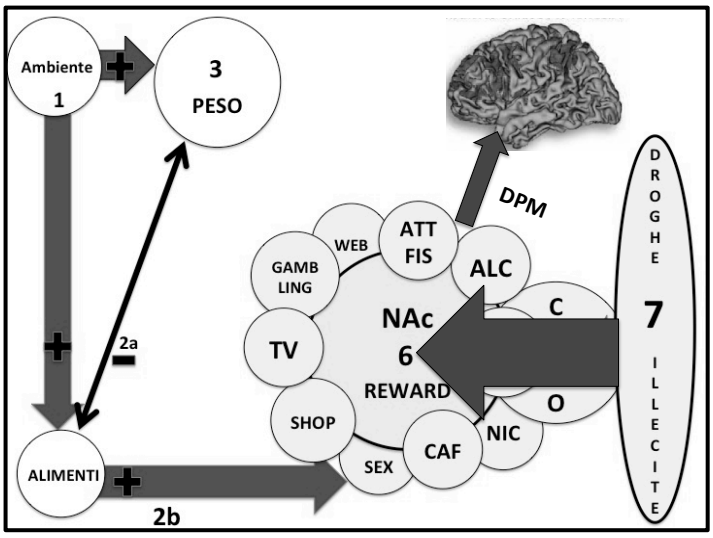
43

Il Nucleo Accumbens è operativo che "ci piaccia o no"



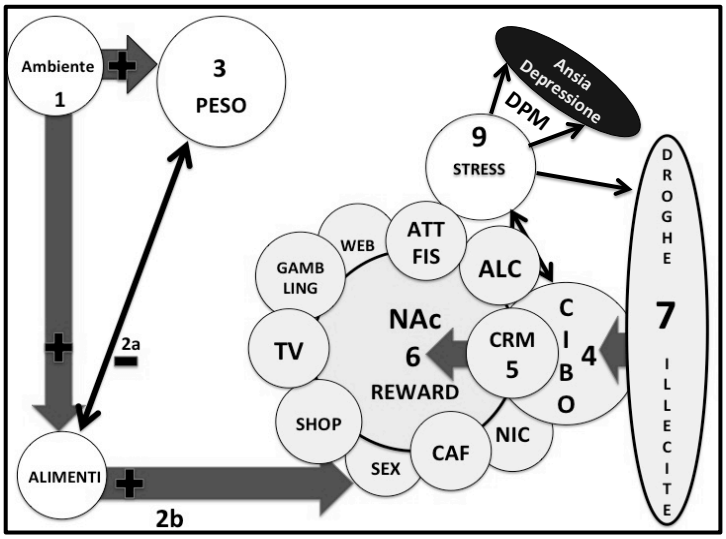
44

Le Droghe illecite condividono lo stesso circuito del Cibo



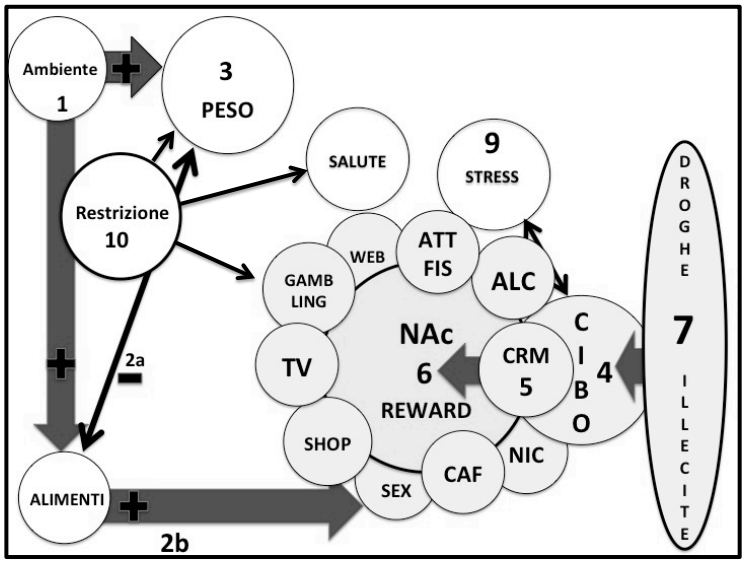
45

Bisogna fare i conti con lo Stress



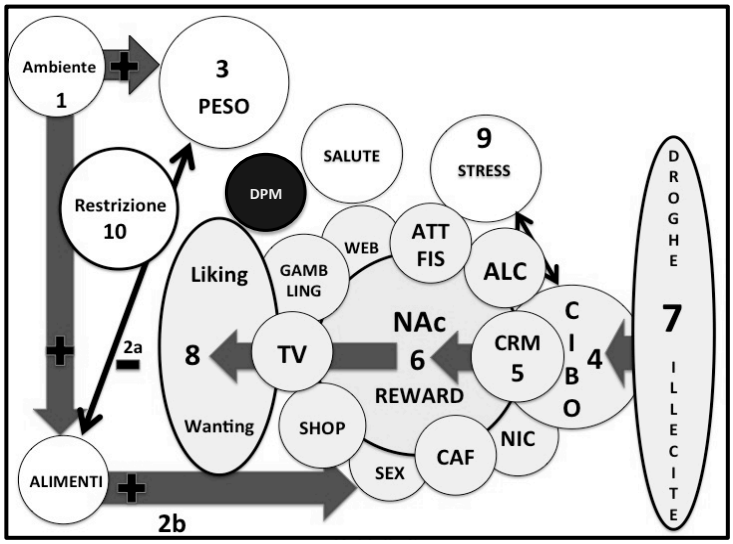
46

La Disregolazione operata dalle Restrizioni Ripetute



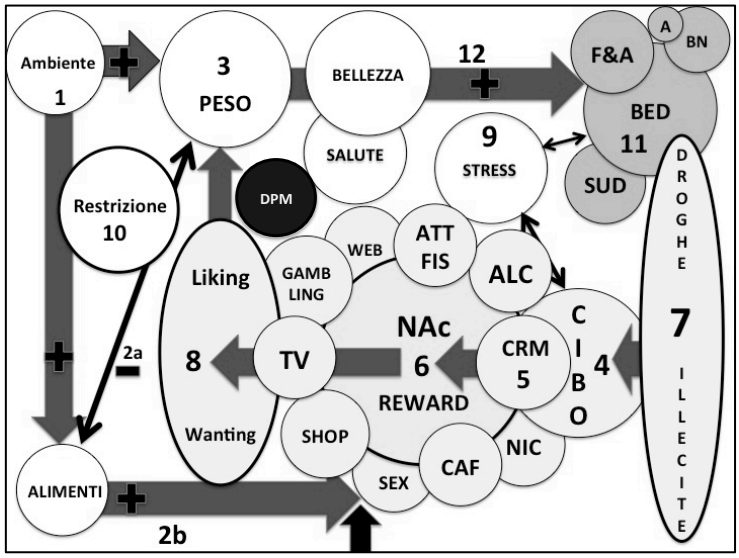
47

La Struttura della Ricompensa



48

Lo Sviluppo dei DA&O-SUD



49

Highlights 4: Che cosa abbiamo imparato

1. Che è possibile usare uno **strumento didattico** a valenza cognitivo-comportamentale, orientato a soggetti e circostanze che presentano elementi diagnostici caratteristici della F&A
2. Che dobbiamo **interiorizzare** noi stessi lo strumento nel management clinico transdiagnostico-terapeutico poiché la perdita di controllo è un sintomo trasversale in tutti i DA&O
3. Che dobbiamo assumere nei confronti del cibo quella **riverenza** pregiudiziale che ovviamente è sacra per le droghe lecite e illecite

Centralità F&A 50

7

Il Cibo CRM Iperpalatabile

Centralità F&A 51

Cibo Raffinato Manipolato Iper-palatabile (CRM)

1. **Alta densità di Energia per la concentrazione di zuccheri, grassi e sale**
2. **Aggiunta di ingredienti non nutritivi o additivi per esaltare la sapidità**
3. **Colore, consistenza e caratteristiche fisiche condizionano la masticazione, la deglutizione e la digestione**
4. **Genericamente il cibo CRM si identifica con i "fast food"**

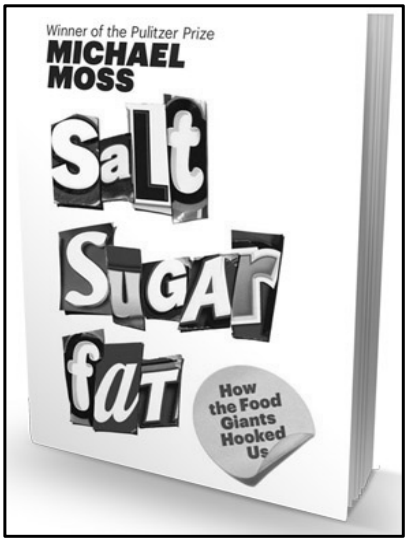
Centralità F&A 52

Cibo Raffinato Manipolato Iper-palatabile (CRM)

5. Manca una classificazione orientata a stabilire le caratteristiche in grado di creare fenomeni di "dipendenza"
6. Possiede una potenza di rinforzo, sia negli animali che nell'uomo
7. Si associa ad altri segnali di rinforzo esterni (luogo, commensali, servizio, contenitori, …)
8. Apre il capitolo della Salienza della Incentivazione del Cibo

Centralità F&A 53

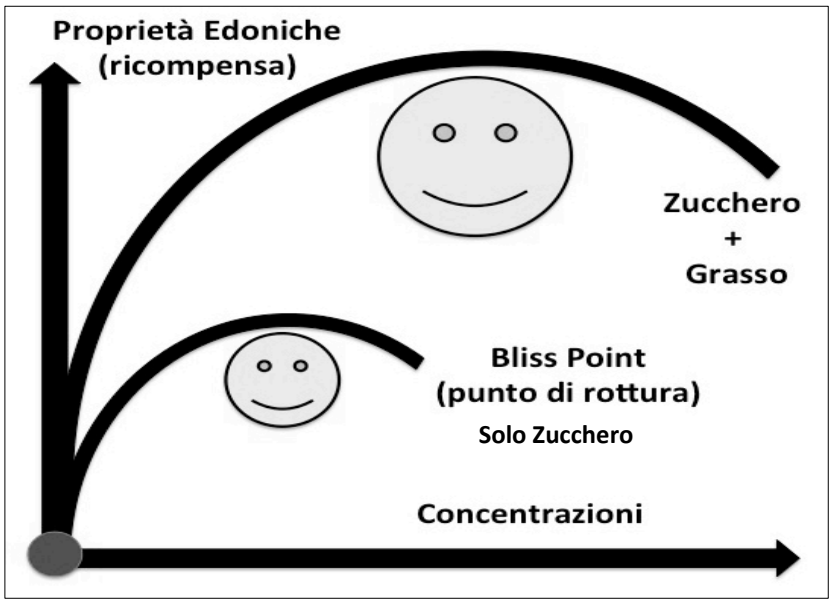
La Guerra del Sale, Zucchero, Grassi



Gli scienziati dei colossi alimentari usano tecnologie all'avanguardia per calcolare il "bliss point" delle bevande zuccherate, oppure la consistenza più piacevole di una merendina, manipolando la struttura chimica dei cibi

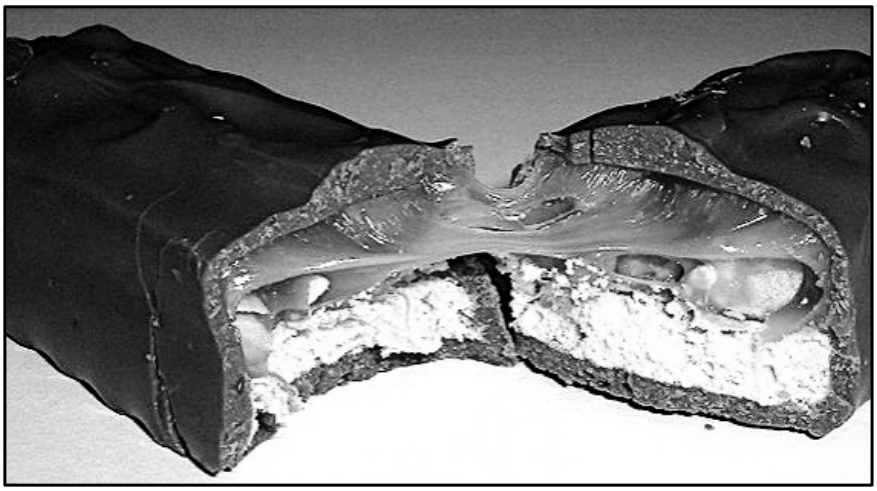
Negli anni 80 il "Center for Science in the Public Interest" aveva raccolto dodicimila firme di professionisti del settore sanitario per sollecitare il divieto della pubblicità dei prodotti ricchi di zuccheri alla televisione dei bambini

Centralità F&A 54



Centralità F&A 55

Barrette Snickers Mar's: ovvero i grassi invisibili (49%)



Centralità F&A 56

Coca-Chicken McNuggets-French Fried

Centralità F&A 57

Che differenza fa?

Centralità F&A 58

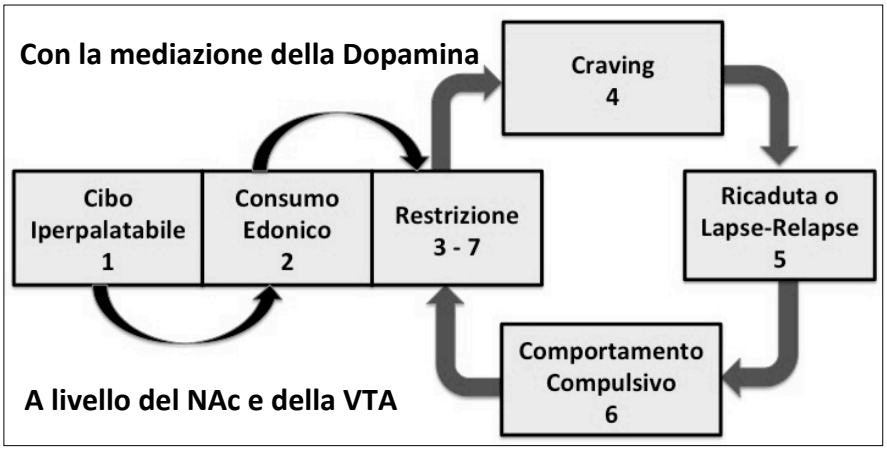
Glucosio+Grassi o Cocaina?
1 a 10

Non si vuole affermare che la cocaina è meno dannosa, ma che certamente il potere edonico di certi cibi ha una forte attrattiva, su base neuro-biologica e cioè ha una elevata:

Salienza dell'Incentivazione

Centralità F&A 59

Il Circolo Vizioso del Cibo CRM



Centralità F&A 60

Highlights 5: Che cosa abbiamo imparato

1. Che bisogna avere un approccio al cibo appropriato al suo **percorso neurale**
2. Che occorre una classificazione del potere edonico del cibo, che si affianca alle tabelle dei contenuti con una nuova **"Gastronomia Edonico-Metabolica",** per ora gestita solo dalle industrie alimentari per interessi commerciali
3. Che la **Salienza dell'Incentivazione** del cibo deve entrare nella Scienza dell'Alimentazione

Centralità F&A 61

8

La Salienza della Incentivazione

Centralità F&A 62

Un "Magnete Motivazionale"

1. La Salienza dell'Incentivazione è una importante struttura motivazionale su cui si basa la possibilità di ottenere una ricompensa attraverso il desiderio, che sottintende il piacere del consumo dell'oggetto (cibo, droghe, comportamenti)
2. Oggetto, desiderio, motivazione, ricompensa e destinatario si identificano
3. Si innesca un impulso e il destinatario è attirato verso lo stimolo per ottenerla
4. La Salienza dell'Incentivazione si può immaginare come un "magnete motivazionale"

Centralità F&A 63

Implicazioni del Rinforzo del Cibo con riferimento alla Terapia

1. La conoscenza del costrutto del rinforzo è utile per strutturare modelli di intervento, che tradizionalmente sono affrontati solo con la considerazione della quantità del cibo e della sua composizione chimica

2. L'industria sa bene come confezionare il cibo per renderlo attraente con stimoli adeguati, aumentando quindi il rinforzo dello stesso per amplificarne la ricerca e il consumo

Centralità F&A 64

Marketing o Azione Professionale?

1. L'obiettivo principale è quello di trovare i metodi migliori per ridurre il livello del rinforzo del cibo, o per evitarne l'aumento

2. Altrimenti il cibo diventerà sempre di più una droga poiché prodotto dall'industria che ha trovato il suo "bliss point"

Centralità F&A 65

Restrizione e Disinibizione

1. Sono i principali moderatori del rinforzo relativo del cibo
2. Una evidenza è che il rinforzo aumenta quando si verifica un deficit di energia
3. Esiste una relazione dose-risposta tra il grado di restrizione e l'aumento del rinforzo del cibo
4. Tenere in considerazione il tratto dell'impulsività

Centralità F&A 66

È necessario valutare quale è il livello del deficit di calorie che sostiene i cambiamenti del rinforzo del cibo

1. **E' una limitazione di energia di 50, di 100, di 250 o di 500 calorie, sufficiente per incentivare a perdere il controllo?**
2. **Anche una riduzione di 250 calorie al giorno può rappresentare un piccolo cambiamento, questo potrebbe portare ad una perdita di peso di 13 kg in 1 anno, cosa che rappresenta un sostanziale effetto terapeutico**

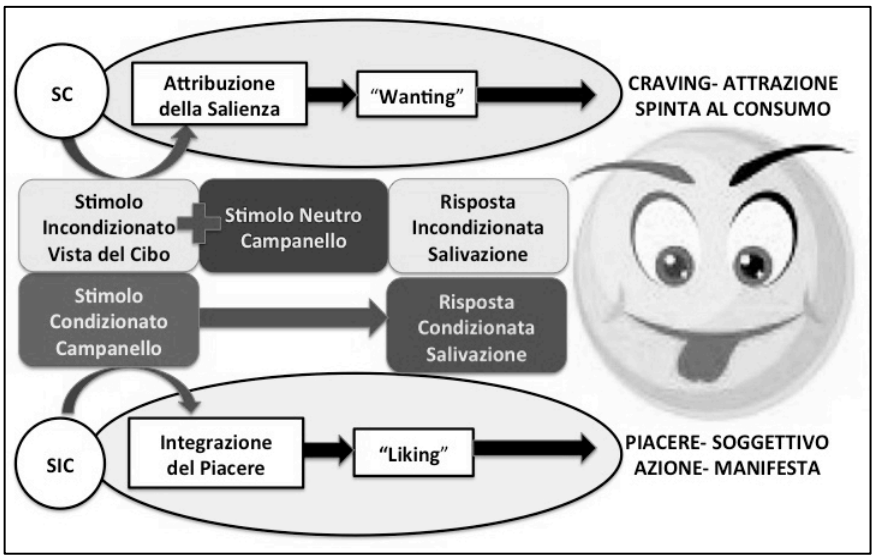
Centralità F&A 67

La ricerca suggerisce che i cambiamenti più moderati sono quelli che vengono mantenuti a lungo termine

1. **E' necessario considerare che non è solo il deficit di energia, quello che causa l'aumento del livello del rinforzo, ma piuttosto la privazione di alimenti specifici preferiti**
2. **2. Sarebbe interessante valutare se il consumo regolare di piccole porzioni di un cibo preferito potrebbe comportare una riduzione del livello del rinforzo di quel cibo**
3. **Se il livello del rinforzo è fondamentale per motivarne il consumo e il cibo è un fattore di OB, lo sviluppo di una migliore comprensione dei fattori che regolano il rinforzo può essere importante per la prevenzione o il trattamento**

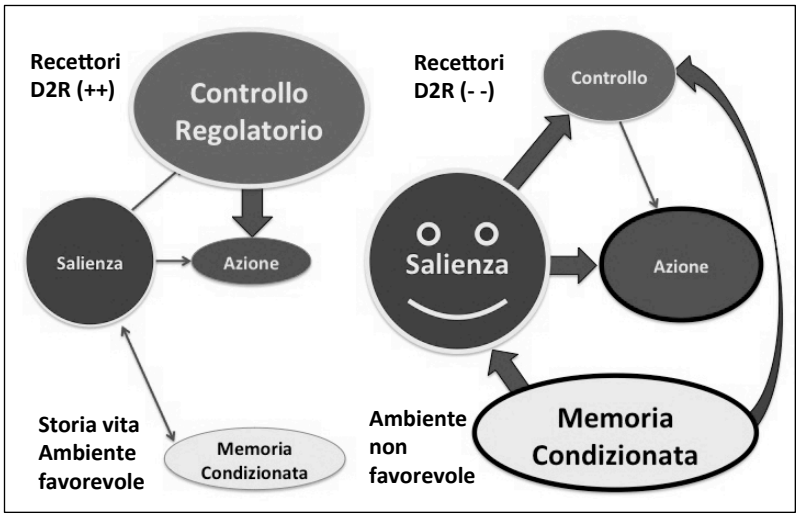
Centralità F&A 68

Aumento della Salienza dell'Incentivazione per stimoli condizionati



Centralità F&A 69

Mediazione della Dopamina e delle Relazioni



Centralità F&A 70

Un Esempio di Cibo Irresistibile

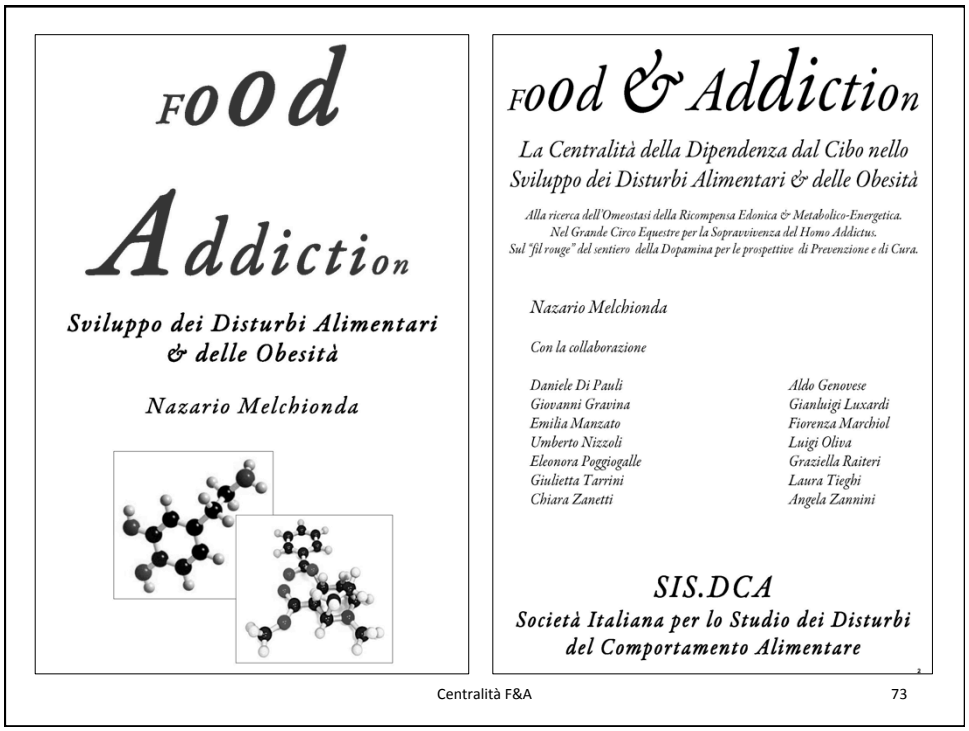
1. **Ha una composizione che lo rende iper-palatabile (sale, zucchero, grassi)**
2. **Viene assunto in condizioni che ne aumentano la Salienza (Restrizione)**
3. **E' consumato a seguito di uno stimolo condizionato inconscio**
4. **E' presente un elevato livello del "wanting" che precede il suo consumo del cibo e del "liking" gustativo appreso**

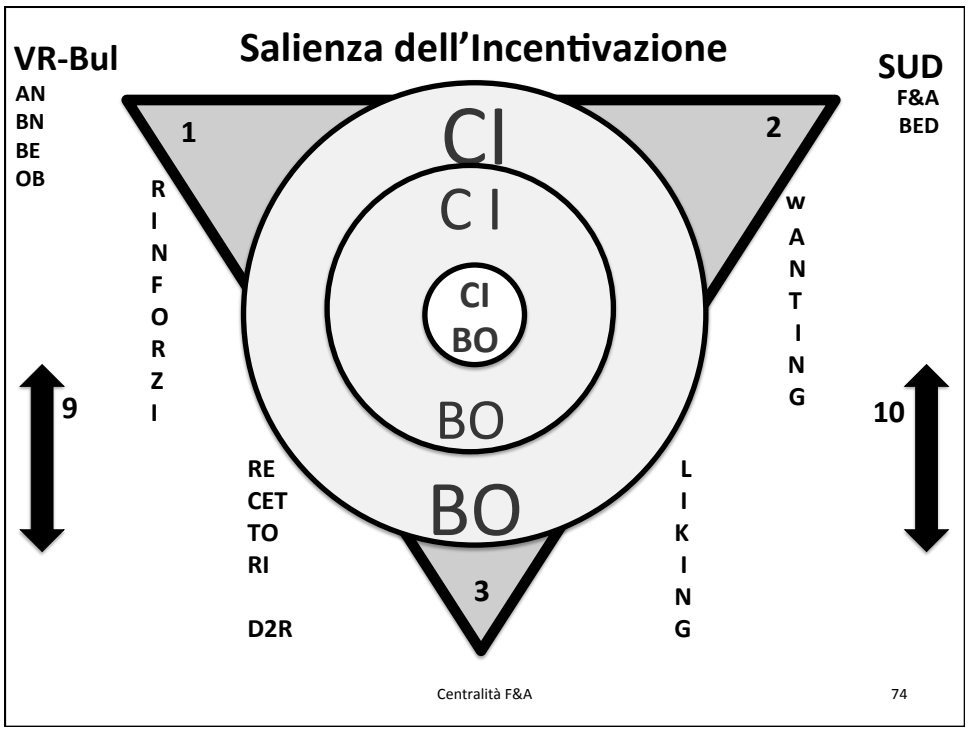
Centralità F&A 71

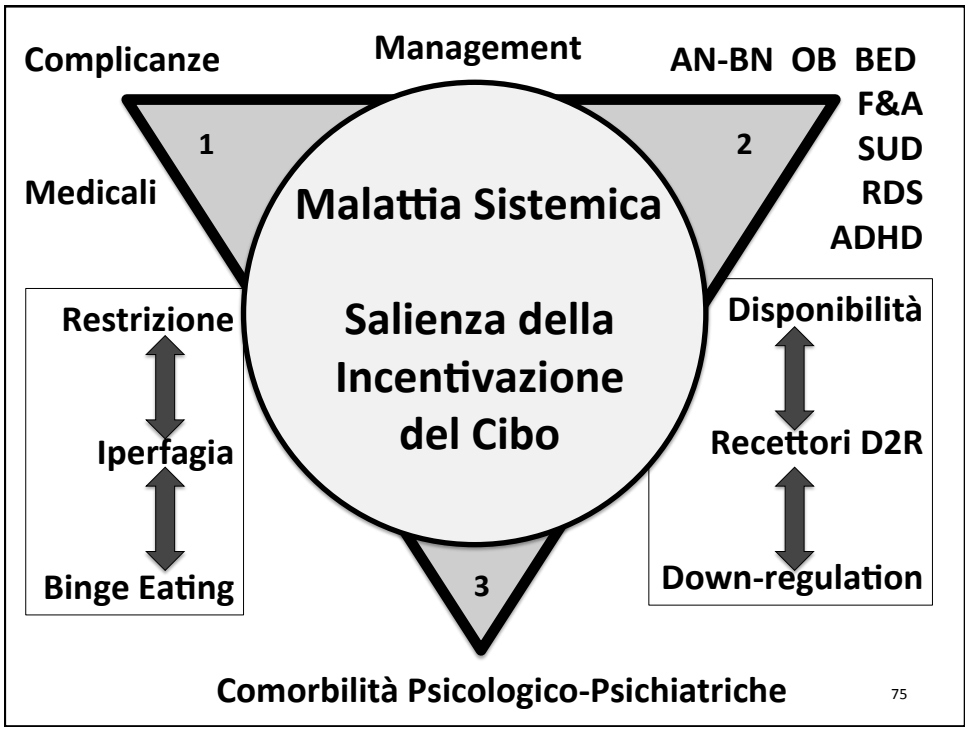
Highlights 6: Che cosa abbiamo imparato

1. Che il cibo deve essere inserito nel **contesto** ambientale e interiore del suo destinatario
2. Che i **modelli di intervento** devono essere strutturati tenendo conto della comorbilità psicologico-psichiatrica di chi lo deve gestire
3. Che particolari condizioni della sua Salienza possono renderlo **"irresistibile"** e che deve esser considerato più che una "droga"
4. Che la sua manipolazione terapeutica deve essere gestita con **cautela**
5. Che deve essere considerata sua la **memoria condizionata** pavloviana

Centralità F&A 72


Food
Addiction
Sviluppo dei Disturbi Alimentari
& delle Obesità
Nazario Melchionda
Food & Addiction
La Centralità della Dipendenza dal Cibo nello
Sviluppo dei Disturbi Alimentari & delle Obesità
Alla ricerca dell'Omeostasi della Ricompensa Edonica & Metabolico-Energetica.
Nel Grande Circo Equestre per la Sopravvivenza del Homo Addictus.
Sul "fil rouge" del sentiero della Dopamina per le prospettive di Prevenzione e di Cura.
Nazario Melchionda
Con la collaborazione
Daniele Di Pauli
Giovanni Gravina
Emilia Manzato
Umberto Nizzoli
Eleonora Poggiogalle
Giulietta Tarrini
Chiara Zanetti
Aldo Genovese
Gianluigi Luxardi
Fiorenza Marchiol
Luigi Oliva
Graziella Raiteri
Laura Tieghi
Angela Zannini
SIS.DCA
Società Italiana per lo Studio dei Disturbi
del Comportamento Alimentare
Centralità F&A
73


Salienza dell'Incentivazione
VR-Bul
AN
BN
BE
OB
SUD
F&A
BED
1
2
3
CI
C I
CI
BO
BO
BO
RINFORZI
WANTING
LIKING
RECETTORI
D2R
9
10
Centralità F&A
74



Un Approccio Multi-programmato

1. Diminuire le proprietà gratificanti del rinforzo del cibo (Salienza)
2. Interferire con le associazioni condizionanti apprese (Educazione)
3. Migliorare le proprietà gratificanti di rinforzi alternativi (Psicoterapie)
4. Rinforzare il controllo inibitorio (Psicoterapie)
5. Utilizzare supporti di carattere "olistico" come per l'alcolismo (Auto-aiuto o Modello dei 12 Passi)

Centralità della 76

SISDCA

http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/f--a-tools.html

1. **La YF&AS.A.It per la misura della Food Addiction**
2. **Hand-out delle slide di questa presentazione**
3. **Messaggi Finali, Raccomandazioni, Suggerimenti**
4. **Richiesta di partecipazione al F&A.Forum**

Centralità F&A 77

http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/f--a-tools.html

Centralità F&A 78

10

Messaggi Finali
Suggerimenti
Raccomandazioni

Centralità F&A 79

1

Gli individui che non hanno una sufficiente disponibilità di recettori D2R della dopamina, rilasciata dal Nucleo Accumbens sono più vulnerabili di altri, relativamente al rinforzo dell'ambiente alimentare modificato e hanno bisogno di una quantità supplementare di dopamina per ottenere l'Omeostasi del benessere psichico, fisico e somatico.

Centralità F&A 80

2

La maggior parte di essi aumenta il consumo di cibo o di sostanze per produrre dopamina, a livello dei circuiti neurali delle ricompensa, compatibilmente col diritto di star bene come gli individui della stessa specie.

Centralità F&A 81

3

Il corollario è quello di studiare e applicare le metodologie adeguate per addestrare a valutare e ad utilizzare la Salienza dell'Incentivazione del cibo, che non possiamo manipolare più di tanto, né in difetto né in eccesso, a garanzia del mantenimento di una qualità della vita e di uno stato di salute ottimale per la sopravvivenza.

Centralità F&A 82

4

Il management del cibo per la diagnosi, la terapia e la prevenzione dei DA&O deve trarre elementi elettivi e operativi da quello ci ha insegnato lo studio delle sostanze che creano dipendenza, almeno.

Centralità F&A 83

5

Considerare la F&A un modello che deve entrare nel management dei DA&O e, nei limiti del possibile, strutturare un intervento olistico come suggerito per le "dipendenze chimiche".

Centralità F&A 84

6

E' giunto il momento di non fare uso solo del BMI per la definizione dei Disturbi Alimentari e "delle Obesità", ma di fare riferimento ai seguenti fenotipi possibili individuandone i marker:

ANR, AN-BN, BN, BED-OB, BED-PN,

F&A, IFC, OB, LPS, RDS, ADHD, SUD

Centralità F&A 85

F.1.R.1.

Scongiurare la prescrizione di diete che aprono il ciclo del Viraggio Bulimico e quindi del "dieting" con la restrizione calorica inadeguata per indurre la perdita di peso. Va inteso che la "tolleranza alla restrizione" è variabile: l'effetto del digiuno genera sempre il VRB mentre la restrizione calorica moderata va valutata caso per caso

<u>Livello III, Forza A</u>

Centralità F&A 86

Va inteso che la "tolleranza alla restrizione" è variabile: l'effetto del digiuno di 24 ore genera sempre il VRB mentre una restrizione calorica moderata va valutata caso per caso.

Può essere accettata la traslazione all'uomo degli esperimenti sui roditori.

Centralità F&A 87

- Uno dei più potenti meccanismi per aumentare il livello di Rinforzo del cibo è la Restrizione
- Questo è importante perché l'approccio per cambiare il comportamento alimentare richiede una riduzione nel consumo di energia.
- Sono necessarie ricerche per identificare il rapporto fra restrizione alimentare e cambiamenti di rinforzo del cibo.
- Una ipotesi è che il rinforzo aumenta quando si verifica un deficit di energia.

Centralità F&A 88

- Vale a dire che esiste una relazione dose-risposta tra il grado di restrizione e l'aumento di livello del rinforzo del cibo.
- La ricerca suggerisce che i cambiamenti più moderati sono quelli che vengono mantenuti a lungo termine rispetto agli approcci dietetici tradizionali.
- E' possibile anche che non è il deficit di energia quello che causa l'aumento del livello del rinforzo, ma piuttosto la privazione di alimenti specifici.

Centralità F&A 89

F.1.R.2.

Promuovere la Terapia Cognitivo-Comportamentale con gli strumenti adeguati e adattati ai vari aspetti dei fenotipi DA&O-SUD. Gli strumenti sono in particolare rappresentati da manuali

<u>Livello III, Forza A</u>

Centralità F&A 90

F.1.R.3.

Promuovere la formazione e l'addestramento di professionisti.

Dietisti, Psicologi, Internisti e Psichiatri devono acquisire la metodologia necessaria per amplificare la motivazione nei riguardi dei soggetti che richiedono la perdita di peso, con particolare riferimento alle giovani adolescenti indotte alla pratica del "dieting".
I componenti del Team Multi-disciplinare devono essere formatori e nello stesso tempo essere formati dai componenti delle altre aree. In particolare gli Psicologi formano gli Psichiatri, i Dietisti e gli Internisti in relazione alla propria disciplina e viceversa gli Psicologi sono formati dagli Psichiatri, dagli Internisti e dai Dietisti. Lo stesso vale per tutti gli altri componenti

Livello VI, Forza A

Centralità F&A 91

F.1.R.4.

Introdurre nella pratica clinica della medicina di base l'uso di questionari autosomministrati, come la BES di Gormally per la valutazione della perdita di controllo

Livello III, Forza A

Centralità F&A 92

F.2.R.1.

E' necessario enfatizzare l'importanza dell'assessment relativo all'uso di sostanze in presenza di un DA&O specialmente nella BN e nel BED e viceversa e comunque in presenza di multi-impulsività

Livello VI, Forza A

Centralità F&A 93

F.2.R.3.

Attuare interventi terapeutici associati o meglio congiunti e multi-disciplinari: farmacologici, comportamentali e cognitivo-comportamentali che possono dare soddisfacenti risultati con moduli aggiuntivi per migliorare la motivazione e le relazioni interpersonali

Quando è presente OB-SUD. Sebbene siano importanti le rispettive differenze, il Modello della F&A può dare informazioni per la prevenzione e il trattamento. Considerando la relazione OB vs Depressione deve essere attivato precocemente il monitoraggio dell'umore e il suo trattamento, anche farmacologico, per ottenere un migliore management del peso.

Livello III, Forza B

Centralità F&A 94

F.2.R.5.

Non considerare la F&A solo una semplice teoria ma un modello utilissimo per progettare strategie operazionali vantaggiose e, sebbene siano importanti le differenze tra OB e SUD, si possono ottenere informazioni per la prevenzione e il trattamento dei DA&O e dei SUD

L'OB deve essere considerata un Disturbo Alimentare quando è presente Binge Eating o BED. Questa relazione assume grande importanza per l'elevata prevalenza del BED con l'aumentare del BMI. La conoscenza delle sovrapposizioni neuro-biologiche può condurre a strategie operazionali DA&O-SUD vantaggiose. Sebbene siano importanti le rispettive differenze, il Modello della F&A può dare informazioni per la prevenzione e il trattamento.

Livello III, Forza B

Centralità F&A 95

F.3.R.1.

Considerare la F&A un modello che deve entrare senza ombra di dubbio nel management dei DA&O.

La "Food Addiction" è dimostrata nei roditori come risposta naturale alla restrizione: il glucosio determina la liberazione di DPM, così come la cocaina. Si dimostra che l'accesso intermittente al cibo scatena nei roditori comportamenti paragonabili al BE dell'uomo.

Livello I, Forza A

Centralità F&A 96

F.3.R.2.

La restrizione "terapeutica" può essere dannosa anche quando si vorrebbe ottenere una perdita di peso.

La restrizione è il più potente rinforzo che viene dato al cibo che acquista un importante livello della Salienza dell'Incentivazione. Questo è importante perché l'approccio per cambiare il comportamento alimentare richiede una riduzione nel consumo di energia. Sono necessarie ricerche per identificare il rapporto fra restrizione alimentare e cambiamenti di rinforzo del cibo. Queste raccomandazioni sono enunciate nel capitolo dedicato. La restrizione potenzia il rinforzo del cibo

Livello III, Forza A

Centralità F&A 97

F.3.R.3.

Si ritiene interessante l'uso della scala YFAS (Yale Food Addiction Scale) nella diagnostica dei DA&O, può avere notevoli implicazioni per riservare ai soggetti con F&A modelli terapeutici adeguati e compatibili.

La scala tradotta in italiano è presentata nella sessione Poster ed è a disposizione.

Livello III, Forza A

Centralità F&A 98

F.3.R.5.

E' raccomandato il Modello Didattico del Circo Equestre che rappresenta l'approccio nucleare finale relativo alla Food&Addiction.

Ha uno scopo didattico sia per la formazione di medici, psicologi e altri componenti del team multi-disciplinare, sia per soggetti che richiedono un trattamento e che devono essere informati sui meccanismi della "dipendenza patologica"

Centralità F&A 99

Ai sensi dell' art. 3.3 del Regolamento applicativo dell' Accordo Stato-Regioni 05.11.2009, dichiaro che negli ultimi due anni non ho avuto rapporti di finanziamento con nessun soggetto portatore di interessi commerciali in campo sanitario.

Internistica con riferimento alle Malattie del Metabolismo e della Nutrizione
Profes Associato di Endocrinologia fuori ruolo Università di Bologna
Past President SIO (1992-2000)
Presidente SISDCA in carica
Direttore UO Malattie Metabolismo e DCA PS.Orsola-Malpighi di BO (2000- 2009)
Direttore del Centro ODMN di "Villa Regina" di Bologna

Obiettivo formativo di sistema APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM-EBN-EBP)

Nazario Melchionda

Centralità F&A 100

Centralità F&A 101

Centralità F&A 102