

Sottocommissione 3

Inclusione scolastica degli alunni e degli studenti con DNA

Ettore Corradi



S.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica
Centro per la cura dei DNA
Direttore: Dott. Ettore Corradi

Milano 16 4 2025

1

Il contesto



2

I DNA NEI GIOVANI

- ✓ I **Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA)** nei Paesi occidentali rappresentano **una delle più frequenti cause di disabilità in età giovanile**
- ✓ Grave **problema di salute pubblica in costante aumento**; inclusi già dal 2013 tra le priorità relative alla tutela della salute mentale dal Ministero della Salute che nel **2021** ha istituito il **Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione** destinando 25 milioni di euro per il biennio 2022-23
- ✓ Caratterizzati da un **impatto drammatico sulla salute psicofisica** e sulla **qualità di vita** di **adolescenti** e **giovani adulti** che ne sono affetti e delle loro **famiglie**

3

I DNA NEI GIOVANI

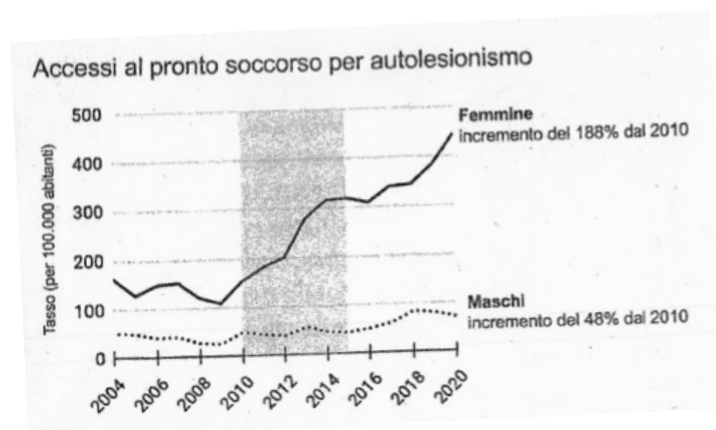
- ✓ **Difficile avere statistiche ufficiali** in merito alla loro diffusione, ma il **Ministero** della Salute segnala un **incontrovertibile allargamento** del fenomeno che diventa **sempre più precoce** e preoccupante.
- ✓ L'impressione è di avere a che fare con una **patologia nascosta** e forse questo è uno dei motivi che spiega perché è così difficile trovare dei dati epidemiologici:
 - gli studi epidemiologici mostrano una **% molto bassa** di pz con DNA che **richiedono direttamente un trattamento**
 - **profonda ambivalenza rispetto alla malattia** e alla necessità di essere curati, aspetto che rimane critico anche durante l'avvio del percorso di cura, che rimane quindi a elevato rischio di drop-out.
- ✓ Alcuni dati stimano un **tasso di drop-out** fra il **20,2% e il 51% per i pazienti ricoverati** e fra il **29% e il 73% negli altri setting**

4

I DNA NEI GIOVANI

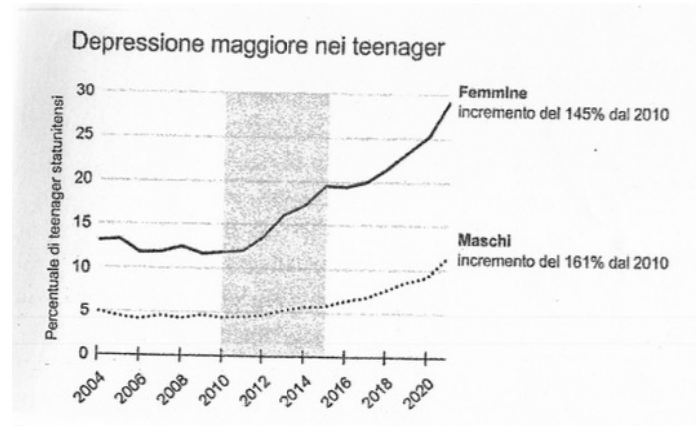
- ✓ Recenti revisioni sistematiche della letteratura mostrano una **prevalenza nel mondo** dei DNA che passa
 - dal **3,5%** del periodo **2000-2006**
 - al **7,8%** del periodo **2013-2018**
- ✓ La **prevalenza**
 - dell'**AN** 1,4% nelle donne (0,1-3,6%) e dello 0,2% negli uomini
 - della **BN** 1,9% nelle donne e 0,6% negli uomini
 - del **BED** 2,8% nelle donne e 1% negli uomini
- ✓ L'**età media di esordio** per l'AN è tra i **12 e i 19 anni**;
 - i casi rappresentati nella popolazione femminile tra i 15 e i 19 anni costituiscono circa il 40% del totale
- ✓ I casi a esordio precoce (**early onset**) si manifestano in bambini di età inferiore ai 13 anni, e sono maggiormente osservati negli ultimi decenni

5



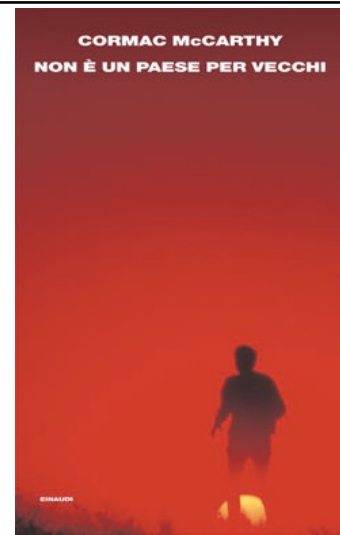
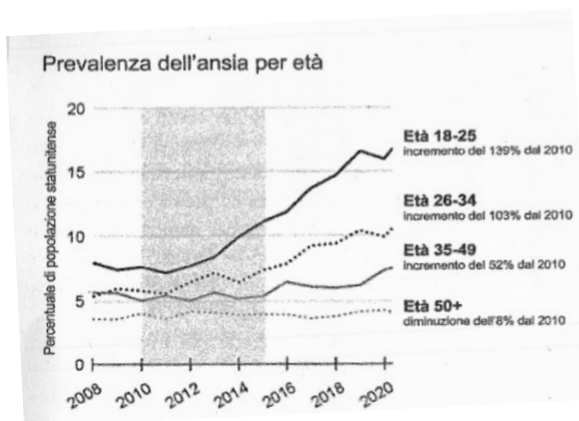
J. Haidt *La generazione ansiosa* ed. Rizzoli 2024

6



J. Haidt *La generazione ansiosa* ed. Rizzoli 2024

7



MA SIAMO SICURI ?

J. Haidt *La generazione ansiosa* ed. Rizzoli 2024

8

SPECIFICITA' DEI DNA

Diagnosi categoriale dei DNA secondo il DSM 5

- ✓ **Anoressia Nervosa (AN)**
- ✓ Bulimia Nervosa (BN)
- ✓ Binge Eating Disorder (BED) – Disturbo dell'Alimentazione incontrollata (DAI)
- ✓ Disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)
- ✓ Pica
- ✓ Disturbo da Ruminazione (mericismo)
- ✓ Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
- ✓ Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

9

SPECIFICITA' DEI DNA

The Minnesota Starvation Experiment

Fase 1: PERIODO DI CONTROLLO (3 mesi)
test antropometrici, fisiologici e psicologici
dieta controllata normocalorica (meida 3200 kcal)

Fase 2: PERIODO DI SEMI-DIGIUNO (6 mesi)
Perdita di peso 25% del basale in 6 mesi
Deficit calorico medio 1560 Kcal + attività fisica

Fase 3: PERIODO DI RIALIMENTAZIONE (3 mesi)
controllata → libera



10

SPECIFICITA' DEI DNA

CONSEGUENZE SOMATICHE DELLA MALNUTRIZIONE

- ✓ **Metabolico:** ipoglicemia, squilibri idroelettrolitici
- ✓ **Cardiovascolare:** ipotensione, bradicardia, aritmie
- ✓ **Muscolo-scheletrico:** riduzione della forza muscolare, osteoporosi
- ✓ **Cute e annessi:** ipotrofia
- ✓ **Sistema nervoso centrale e periferico:** atrofia, neuropatia
- ✓ **Sistema immunitario e emopoietico:** pancitopenia, immunodepressione
- ✓ **Apparato respiratorio:** edema, enfisema, bronchiectasie, polmonite
- ✓ **Sistema endocrino:** amenorrea ipotalamica, low-FT₃ syndrome
- ✓ **Apparato gastroenterico:** alterazioni anatomiche e funzionali



11

SPECIFICITA' DEI DNA

SINTOMI DA DIGIUNO

Atteggiamenti nei confronti del cibo:

- preoccupazione per il cibo
- collezione di ricette e libri di cucina
- inusuali abitudini alimentari
- ↑ consumo di caffè, tè, spezie
- occasionale ingestione esagerata di cibo

Mutamenti emotivi e sociali:

- depressione
- ansia
- irritabilità e rabbia
- labilità emotiva
- episodi psicotici
- cambiamenti di personalità
- evidenziati dai test psicologici
- isolamento sociale

Mutamenti cognitivi:

- ↓ capacità di concentrazione
- ↓ capacità di pensiero astratto
- apatia

Mutamenti fisici:

- disturbi del sonno
- debolezza
- disturbi gastrointestinali
- ipersensibilità al rumore e alla luce
- edema
- ipotermia
- parestesie
- ↓ del metabolismo basale
- ↓ dell'interesse sessuale

A. Keys et al. The Biology of Human Starvation. Minneapolis, 1950

12

SPECIFICITA' DEI DNA
LIVELLI DI CURA PER PZ AFFETTI
DA DNA
APA PRACTICE GUIDELINE
FOR THE TREATMENT OF PTS WITH ED

Acute inpatient psychiatric setting

Longer-term inpatient psychiatric setting

Intensive outpatient treatment program or DH program

Other specialized eating disorders programs

Inpatient medical setting

APA, 2023

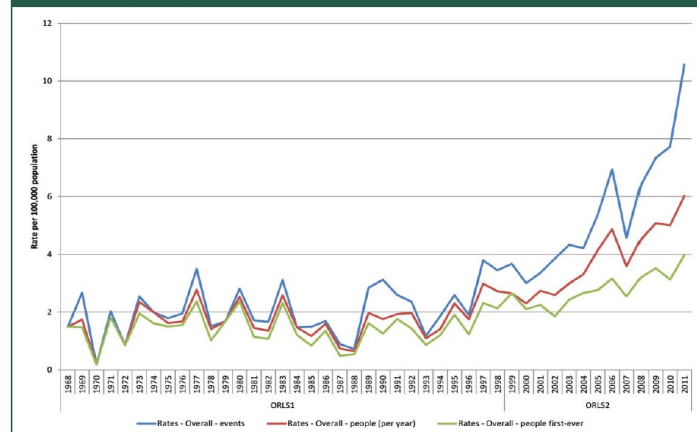
13



Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies

Josephine Holland, Nick Hall, David GR Yeates and Michael Goldacre
 Unit of Health-Care Epidemiology, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Old Road Campus, Old Road.

Figure 1. Age-standardised hospital admission rates for anorexia nervosa in the Oxford Record Linkage Study area, per 100,000 population aged 10–44 years, showing episode-based rates (upper line), people admitted per year (middle line), and peoples' first record of admission (lower line).



Journal of the Royal Society of Medicine; 2016, Vol. 109(2) 59–66

14

- ✓ Si stima che da **1/5 a 1/3** dei pz affetti da AN in età adolescenziale necessiti nel corso della malattia di un periodo di terapia ai **livelli più intensivi di cura**

In diversi paesi europei si registra un **drammatico aumento dei tassi di ammissione in ospedale**

- in Germania i ricoveri ospedalieri per i giovani sotto i 15 anni sono quasi **raddoppiati** tra il **2000** e il **2017** e da allora si sono stabilizzati;
- in Inghilterra Il numero e la percentuale di individui con un ricovero ospedaliero è aumentato durante il periodo di studio dal **5,9%** nel **2004** al **15,0%** nel **2014**
- Recentemente, ci sono state indicazioni che la pandemia di coronavirus ha contribuito a un forte aumento dei ricoveri ospedalieri per adolescenti con AN in Europa ma anche in tutto il mondo

<http://www.Gbe-Bund.De> (accessed on 4 February 2021)

Holland, J. Et al. Trends in Hospital Admission Rates for Anorexia Nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): Database Studies. *J. R. Soc. Med.* **2016**, *109*, 59–66
 Wood, S. et al. Epidemiology of ED in Primary Care in Children and Young People: A Clinical Practice Research Datalink Study in England. *BMJ Open* **2019**, *9*, e026691
 Haripersad, Y.V. et al. Outbreak of Anorexia Nervosa Admissions during the COVID-19 Pandemic. *Arch. Dis. Child.* **2021**, *106*, e15

15

I TEMPI



16

RO e durata dei trattamenti

Durata della degenza

da 15,0 giorni a 52,7 per AN
da 9,0 giorni a 45,7 per BN

GRUPPO DI
APPROFONDIMENTO
TECNICO
SUI DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO
ALIMENTARE (DCA)



Dal punto di vista strettamente clinico, se adeguatamente trattati, i DNA possono **risolversi nell'arco di alcuni anni** (in media 3-4) conducendo, nel 70-80% dei casi, a una guarigione stabile con o senza sintomi residui sotto-soglia.

Nell'**AN**, il tasso di remissione è del **20-30% dopo 2-4 anni** dall'esordio e del **70-80%** dopo **8 o più anni**.

Nella **BN**, il tasso di remissione è di circa il **27% a un anno** dall'esordio e di oltre il **70% dopo 10 o più anni**.

17

REVIEW Open Access

Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders

Jennifer Couturier^{1*}, Leanna Isserlin², Mark Norris², Wendy Spettigue², Melissa Brouwers², Melissa Kimber¹, Gail McVey³, Cheryl Webb¹, Sheri Findlay¹, Neera Bhatnagar¹, Natasha Snelgrove¹, Amanda Ritsma¹, Wendy Preskow⁴, Catherine Miller⁵, Jennifer Coelho⁶, Ahmed Boachie¹, Cathleen Steinegger³, Rachel Loewen⁷, Techiya Loewen⁸, Elizabeth Waite⁹, Catherine Ford², Kerry Boumet¹⁰, Joanne Gusella¹¹, Josie Geller⁸, Adele LaFrance¹², Anick LeClerc¹³, Jennifer Scarborough¹, Seena Grewal¹, Monique Jericho¹⁴, Gina Dimitropoulos¹⁵ and David Pilon¹¹

Couturier et al. *Journal of Eating Disorders* (2020) 8:4
<https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>

REVIEW Open Access

Models of care for eating disorders: findings from a rapid review

Melissa J. Pehlivan^{1*}, Jane Miskovic-Wheatley¹, Anvi Le², Danielle Maloney³, National Eating Disorders Research Consortium¹, Stephen Touyz² and Sarah Maguire¹

Pehlivan et al. *Journal of Eating Disorders* (2022) 10:166
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00671-1>

Queste recenti *reviews*, confermano la necessità di **implementare gli interventi terapeutici in DH** rispetto al RO.

- Interventi meno impattanti su qualità di vita di pz e familiari
- Più sostenibili economicamente

Parità di esito nel medio-lungo termine.

18

FISIOPATOLOGIA**Eating disorders**

Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt

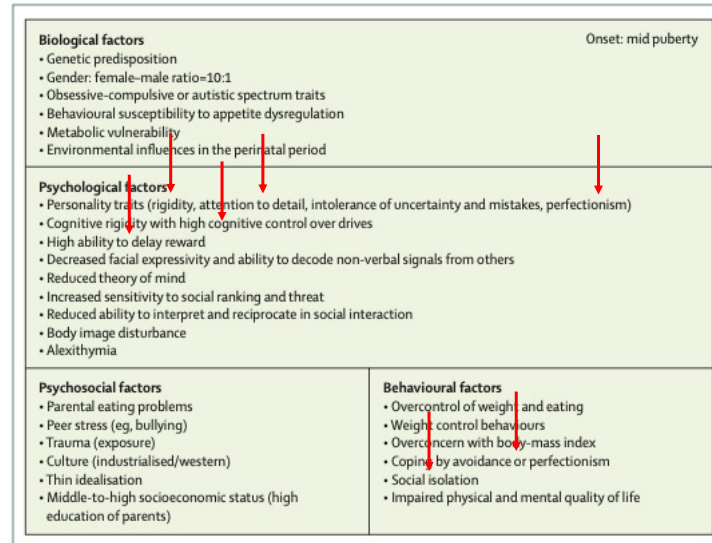


Figure 1: Aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

www.thelancet.com Vol 395 March 14, 2020

19

**SOTTOCOMMISSIONE 3:
Inclusione scolastica alunni con DCA/DNA**

COMPONENTI	
Corradi Ettore	Direttore S.C. dietetica e nutrizione clinica – Niguarda - Milano
Iacchia Emanuela	Psicologa e Psicoterapeuta Centro Vela - Como
Bassani Verena	Docente secondaria di II grado
Stampini Laura	AT Milano
Capuzzi Monica	USR Lombardia
Turra Lucia Beatrice	USR Lombardia
Emanuela D'Ambros	AT Como
Lo Cascio Domenica	Educatrice comunità per DNA - Villa Miralago
Cantini Fortunata	Dirigente Neuropsichiatra infantile - Ospedale San Paolo e San Carlo - Milano

20

Eating disorders

Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt

1. Omogeneizzazione dei linguaggi (lato scuola vs. lato sanità)

2. Scambio dei saperi

FISIOPATOLOGIA

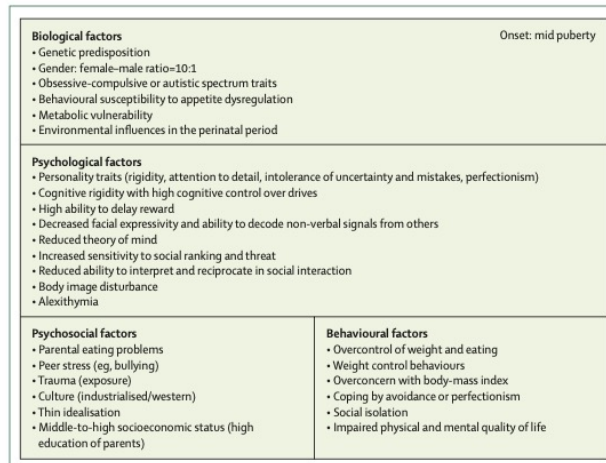


Figure 1: Aetiology diagram of restrictive-type eating disorders

www.thelancet.com Vol 395 March 14, 2020

21

1. Omogeneizzazione dei linguaggi (lato scuola vs. lato sanità)

2. Scambio dei saperi

3. Obbiettivi

▪ **studenti/pazienti:**

- prioritario è il recupero di uno stato di benessere psicofisico
- mantenimento della continuità formativa
- attenzione affinché l'esperienza scolastica non assuma significati diversi da quello formativo e socializzante
- favorire la motivazione alle cure e al cambiamento

▪ **personale coinvolto:**

- condivisione non solo degli obbiettivi ma degli «strumenti» e dei percorsi

4. Definizione dei problemi più frequenti nella gestione di studenti/pazienti e famiglie e acquisizione di uno strumento rapido, efficace e pratico per ottemperare al punto sopra

22

INDICAZIONI OPERATIVE RIVOLTE AGLI INSEGNANTI DI ALUNNI CON DNA

Formulate sulla base dei quesiti proposti dagli insegnanti nelle riunioni della Commissione

3 fasi che considerano l'evoluzione del DNA

- ✓ *Esordio (8 items)*
- ✓ *Diagnosi (8 items)*
- ✓ *Rientro a scuola (4 items)*

23

ESORDIO

1. Quali sono in ambito scolastico i segnali, riconducibili ad un possibile esordio della malattia, che un docente può cogliere nel proprio studente?
2. Colti questi segnali, con chi il docente può condividerli? Come deve avvenire il contatto con la famiglia?
3. Quali sono le procedure che il dirigente scolastico, informato della questione, può predisporre?
4. Principali comorbidità
5. Quando è la famiglia a segnalare un eventuale disturbo del comportamento alimentare nel figlio, come può la Scuola monitorare la situazione in una logica di proficua collaborazione con i genitori?
6. Quali sono i momenti della vita scolastica a cui porre maggiore attenzione?
7. Quali sono i fattori relazionali da osservare?
8. Quali sono i fattori legati all'apprendimento da cogliere? Calo del rendimento, minore attenzione, assenze scolastiche?

24

ESORDIO

1. Quali sono in ambito scolastico i segnali, riconducibili ad un possibile esordio della malattia, che un docente può cogliere nel proprio studente?

*L'esordio ... **cambiamenti a livello fisico, comportamentale, emotivo** ... successivamente cambiamenti a livello cognitivo legati alla malnutrizione.*

A livello fisico ...: *perdita di peso ... spesso mascherata da abiti ampi, stanchezza, occhiaie, svenimenti. Si tratta di sintomi fisici, che possono essere correlati anche ad altre patologie.*

... livello comportamentale ... *uno o più fra i comportamenti indicati a seguire:*

- chiedere frequentemente di andare in bagno
- svolgere micromovimenti delle gambe
- avere difficoltà a stare seduto durante le lezioni
- evitare sistematicamente di condividere il momento dei pasti (mensa, ricreazione)
- gettare il cibo previsto per l'intervallo e/o per la pausa pranzo

A livello emotivo e interpersonale ... *isolamento, ... perfezionismo nello studio, tendenza allo studio mnemonico ... reazioni emotive impulsive, altalenanti, non congrue (es. reazioni non adeguate alle valutazioni), tono dell'umore globalmente deflesso*

25

ESORDIO

8. Quali sono i fattori legati all'apprendimento da cogliere? Calo del rendimento, minore attenzione, assenze scolastiche?

*Le criticità che tendono maggiormente ad emergere nell'ambito dell'apprendimento non riguardano inizialmente **la performance scolastica**, che anzi può risentire positivamente (in una prima fase) degli aspetti ossessivi che tendono ad accompagnare il DNA, quanto piuttosto la **qualità dell'approccio allo studio**, l'aumento del tempo di apprendimento, il progressivo ma **costante affaticamento**, l'eccessiva importanza attribuita alla **valutazione** rispetto ad altri aspetti dell'istruzione e della vita scolastica*

26

DOPO LA DIAGNOSI

1. Che cosa comunicare alla classe in cui è incluso lo studente con disturbo alimentare? Come comunicare alla classe? È il caso di suggerire alla classe di mantenere la relazione con lo studente con disturbo del comportamento alimentare? Se sì, per quali attività svolte insieme?
2. Con quali parole comunicare con lo studente? Quali parole evitare?
3. È opportuno invitare la psicologa o la psicoterapeuta d'istituto a tenere uno o più incontri con la classe per spiegare cosa sia un disturbo del comportamento alimentare? Se sì, in presenza o in assenza della studentessa coinvolta?
4. Quali sono i contenuti da trattare in una logica preventiva? Educazione alimentare? Educazione alla salute?
5. Come relazionarsi ai genitori dello studente con disturbo del comportamento alimentare?
6. Rapporto con sezioni di scuole in ospedale? Attivazione di progetti di istruzione domiciliare?
7. Come evitare l'effetto emulazione che potrebbe insorgere nei compagni di classe?
8. Dal punto di vista dell'apprendimento è opportuno dare rinforzi positivi o negativi allo studente con disturbo del comportamento alimentare?

27

DOPO LA DIAGNOSI

2. Con quali parole comunicare con lo studente? Quali parole evitare?

È indicato il **mantenere disponibilità alla comunicazione** senza adottare comportamenti e/o modalità di relazione che esulino dalla propria professione, dal proprio **ruolo**, dalle proprie **funzioni**. Va **evitato** l'accento a **ipotesi diagnostiche**; possono piuttosto essere forniti, con la necessaria delicatezza, allo studente alcuni **feedback sui cambiamenti osservati** (es: affaticamento, perdita di interesse, aumento dell'ansia, isolamento dai compagni).

È **fortemente sconsigliato** affrontare in modo esplicito con lo studente il **tema del suo rapporto col cibo e delle sue attuali abitudini alimentari** (domande su quanto mangia, consigli sul come alimentarsi, inviti a mangiare di più, etc.): ciò, oltre a favorire una sua successiva chiusura, precluderebbe la possibilità che arrivi a parlare della sua attuale difficoltà.

Anche i **commenti sul corpo e i riferimenti al cambiamento fisico** costituiscono un tema assai delicato e rischioso, che **va pertanto evitato** in questa fase e in quelle successive (ad esempio, in occasione di apparenti miglioramenti sul piano fisico).

28

DOPO LA DIAGNOSI

8. Dal punto di vista dell'apprendimento è opportuno dare rinforzi positivi o negativi allo studente con disturbo del comportamento alimentare?

Non è opportuno modificare le comunicazioni fornite allo studente sul suo apprendimento in funzione dell'essere venuti a conoscenza del suo disturbo.

*In generale si consiglia di **non rinforzare** né gli aspetti e le modalità di apprendimento connessi a **un'iperfocalizzazione sulla prestazione né l'attitudine perfezionistica** (es: valorizzare l'ordine impeccabile, sottolineare le valutazioni e la media più del processo, evidenziare la differenza qualitativa del profitto). Si sollecita, accanto e ad integrazione della valutazione sommativa, la valorizzazione della valutazione formativa, connessa al processo di apprendimento, come da Decreto del Presidente della Repubblica 22 giugno 2009, n. 122 Regolamento recante coordinamento delle norme vigenti per la valutazione degli alunni e ulteriori modalità applicative in materia.*

L'errore, l'imperfezione, lo scarto possono essere valorizzati come possibilità di apprendimento. Si suggerisce altresì l'attivazione di una riflessione ben articolata e complessa, non riduttiva, su di sé in quanto studente.

29

AL RITORNO IN CLASSE

1. Come preparare al ritorno in aula dello studente con disturbo del comportamento alimentare dopo ospedalizzazione e/o istruzione domiciliare? Come accompagnarlo nel processo di ritorno alla normalità?
2. Come relazionarsi agli specialisti che seguono il caso nel rispetto delle specifiche competenze?
3. Quando predisporre il PDP? In quale fase? Come comportarsi rispetto alla mancanza di valutazioni?
4. Indicazioni all'accesso alla SIO presso la nostra struttura e modalità di frequenza.

30

AL RITORNO IN CLASSE

1. Come preparare al ritorno in aula dello studente con disturbo del comportamento alimentare dopo ospedalizzazione e/o istruzione domiciliare? Come accompagnarlo nel processo di ritorno alla normalità?

*È auspicabile una **stretta interazione tra il Consiglio di Classe della scuola di appartenenza e i docenti che operano in Scuola in Ospedale - SiO e/o in Istruzione Domiciliare - ID**. La programmazione del **rientro** va **condivisa e coordinata con i clinici e quindi con la famiglia**, attraverso la **figura del referente** della Sanità per i rapporti con la Scuola. Come per tutti gli studenti con patologie importanti, **si suggerisce altresì gradualità** nel ritorno alla consueta modalità di studio e di verifica degli apprendimenti*

31

RINGRAZIO PER L'ATTENZIONE



32