

# Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo dalla diagnosi al trattamento. Il ruolo dell'Educatore Professionale.

Alice Guerrini

*Educatore professionale*

**Sinossi:** Il contributo presenta il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo o ARFID, approfondendone le principali caratteristiche, e descrive poi l'iter terapeutico dalla fase di valutazione iniziale fino alla fase dell'intervento. Essendo un disturbo con una presentazione eterogenea la presa in carico dell'utenza avviene attraverso un approccio multidisciplinare che pone attenzione tanto all'aspetto medico quanto all'aspetto psicosociale. Il lavoro si è focalizzato sull'età evolutiva, dato l'esordio precoce di tale disturbo, presentando una tipologia di intervento promettente ed innovativa: il Feeling and Body Investigators-ARFID Division. Qui trova spazio la figura dell'Educatore Professionale che favorisce nei bambini l'emergere di una sana consapevolezza di sé e del proprio corpo attraverso interventi che riguardano la sfera cognitiva e la sfera emotiva.

*Keywords: ARFID, diagnosi, trattamento, Educatore*

**Abstract:** The contribution presents the avoidant/restrictive food intake disorder or ARFID, deepening its main characteristics, and then describes the therapeutic process from the initial evaluation phase to the intervention phase. Being a disorder with a heterogeneous presentation, taking charge of the user takes place through a multidisciplinary approach that pays attention to both the medical aspect and the psychosocial aspect. The work focused on the developmental age, given the early onset of this disorder, presenting a promising and innovative type of intervention: the Feeling and Body Investigators-ARFID Division. Here the figure of the Professional Educator finds space, who favors in children the emergence of a healthy awareness of themselves and their body through interventions that concern the cognitive and emotional spheres.

*Keywords: ARFID, diagnosis, intervention, Educator*

## **Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)**

L'ARFID è un disturbo di recente definizione (2013) che rappresenta una delle più frequenti modalità di presentazione di Disturbo Alimentare nell'infanzia. (DDL 189 art 1).

La sua inclusione nel capitolo dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione del DSM-5 ha ridotto dell'85% l'utilizzo delle diagnosi residue (Claudino et al, 2019) e facilitato il processo diagnostico, di ricerca e di trattamento (American Psychiatric Association, 2013).

### **Cos'è l'ARFID? Diagnosi e presentazione clinica**

L'ARFID è definito come un Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione che si manifesta con un persistente fallimento nel soddisfare l'appropriato fabbisogno nutrizionale e/o energetico associato ad una o più delle seguenti caratteristiche:

- a) Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto o crescita discontinua nei bambini);
- b) Significativo deficit nutrizionale;
- c) Dipendenza dalla nutrizione enterale oppure da supplementi nutrizionali orali;
- d) Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale (American Psychiatric Association, 2013). Il mancato appagamento delle esigenze nutrizionali porta l'individuo a sviluppare conseguenze mediche e fisiche significative in particolar modo durante l'infanzia (Bryant-Waugh & Higgins, 2020). Le influenze negative dei comportamenti restrittivi si ripercuotono anche sulla vita sociale dell'individuo, sul suo umore e sul suo apprendimento, tanto quanto sulla vita dei familiari.

Si parla quindi di compromissione dello sviluppo sociale ed emotivo (Bryant-Waugh & Higgins, 2020) causato da sintomi come:

- difficoltà comportamentali: evitamento e/o restrizione nell'assunzione di cibo;
- sintomi emotivi: emozioni sperimentate in relazione al cibo e al mangiare quali tristezza, disgusto, paura e preoccupazione che possono manifestarsi anche con disturbi dell'umore, del sonno e d'ansia;
- difficoltà relazionali: i bambini possono sperimentare forte stress nelle relazioni o in contesti sociali e di conseguenza assumere un comportamento ritirato.

Sia il DSM-5 che l'ICD-11 hanno individuato tre sottotipi che evidenziano le principali cause sottostanti il comportamento evitante/restrittivo:

1. Evitamento/restrizione per apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo. In questo caso alcune persone possono riportare difficoltà nel ricordarsi di mangiare perché molto impegnate o perché non avvertono il senso di appetito. Altri invece possono percepire il mangiare come un "dovere" da cui non traggono piacere e soddisfazione.
2. Evitamento/restrizione a causa delle caratteristiche sensoriali del cibo e delle risposte individuali che ne derivano. Queste proprietà sensoriali includono struttura del cibo, temperatura, aspetto, colore e odore. Queste persone appaiono molto selettive ed escludono dalla loro dieta le pietanze per cui provano disgusto.
3. Evitamento/restrizione del cibo dovuto alle preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare, come il soffocarsi, il vomitare o lo stare male. In questi pazienti sono comuni sintomi come il dolore addominale, la nausea e la malattia da reflusso gastroesofageo.

I pazienti con l'ARFID risultano essere più giovani rispetto a quelli con altri Disturbi Alimentari, l'età media rilevata è 12,9 anni e presentano una durata di malattia solitamente maggiore, in media di 33,3 mesi. Per quanto riguarda il genere sembra che vi sia una più alta percentuale di sesso maschile a differenza di altri Disturbi di categoria (Fisher et al, 2014).

Ad oggi non è stata individuata una singola causa che permetta di spiegare l'eziologia del disturbo. Data l'inclusione di un ampio range di fattori e di difficoltà che variano da persona a persona si adotta come lente di lettura il modello Bio-Psico-Sociale.

## **Valutazione diagnostica e gestione clinica**

I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione sono condizioni complesse e potenzialmente pericolose in quanto comportano una serie di alterazioni del comportamento alimentare che danno origine a gravi sequele mediche, psichiatriche e psicosociali. La diagnosi precoce è essenziale per limitare la progressione dei sintomi e ottimizzare la prognosi (Rowe, 2017).

### **Valutazione medica**

L'iter terapeutico ha inizio con la valutazione dello stato nutrizionale, ovvero la condizione corporea che deriva dall'equilibrio tra l'assunzione, l'assorbimento e l'utilizzo dei nutrienti che interagiscono con lo stato fisiologico e patologico individuale (Marra et al., 2019).

Per quanto riguarda i bambini questo compito è affidato al medico Pediatra. Attraverso indagini antropometriche, di laboratorio e strumentali, vengono indagati:

- il bilancio energetico e dei singoli nutrienti;
- la composizione corporea;
- la funzionalità corporea.

L'introito di energia e dei nutrienti può essere valutato attraverso l'anamnesi alimentare e lo strumento del diario alimentare (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

Per la valutazione della composizione corporea o BC, che fornisce informazioni sullo stato nutrizionale a lungo termine, il modello più frequentemente utilizzato nella pratica clinica è quello bicompartimentale che divide il corpo in due componenti: la massa grassa o FM e la massa magra o FFM (Marra et al., 2019).

La misura della funzionalità corporea invece permette, attraverso un test funzionale, di stimare la quantità di nutrienti introdotti dalla dieta del paziente e di misurare la funzione legata ad ogni specifico nutriente. I tre parametri principali indagati sono: i parametri metabolici, di immunocompetenza e la funzione motoria (Quaderni del Ministero della Salute, 2013).

### **Valutazione clinica psicologica**

Il colloquio clinico con uno psichiatra è uno step cardine per giungere alla formulazione di una diagnosi.

È importante che la valutazione clinica, soprattutto per quanto riguarda i bambini, includa sia il paziente che i genitori o caregivers. Questa fase comprende: il confronto con i criteri diagnostici specifici dell'ARFID, l'indagine rispetto alle abitudini alimentari della persona, la valutazione dei cibi accettati e di quelli evitati tra cinque gruppi alimentari di base e la determinazione dell'impatto dei comportamenti restrittivi sul funzionamento psicosociale.

Le interviste cliniche strutturate o semistrutturate più utilizzate sono:

- l'Eating Disorder Examination (EDE) che permette di ottenere informazioni rispetto alla frequenza di alcuni comportamenti chiave del disturbo e rispetto la gravità della psicopatologia;
- la Structured Diagnostic Interview (SCID) che è utile per formulare le diagnosi psichiatriche;
- il questionario di SCOFF che si compone di cinque domande che hanno lo scopo di chiarire il sospetto che un disturbo alimentare possa esistere (Morgan, Reid and Lacey, 1999).

Queste possono essere somministrate da medici o psicologi con esperienza nel campo e hanno una durata di circa 40 minuti ciascuna.

Sono disponibili anche dei questionari autosomministrati per valutare i vari aspetti specifici della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione quali: l'Eating Disorder Examination Questionnaire o EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994), il Clinical Impairment Assessment o CIA (creato da CREDO group in Oxford), l'Eating Attitudes Test o EAT (Garner & Garfinkel, 1979), il Body Uneasiness Test o BUT (Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G.F., 1999), il Body Attitudes Test o BAT (Probst et al., 1995). La compilazione di questi questionari richiede un tempo di 10-20 minuti ciascuno.

Tuttavia, tutti questi strumenti non sono in grado di fornire una misura completa per stabilire la gravità e le caratteristiche cliniche di ARFID e non forniscono un indice della relativa compromissione del funzionamento psicosociale. Per questi motivi è stata sviluppata, ma non ancora validata, una nuova intervista clinica strutturata: la Pica, ARFID e Rumination Disorder Interview o PARDI (Bryant-Waugh et al., 2018).

È utilizzata per fare diagnosi, misurare la gravità complessiva del disturbo e la gravità delle motivazioni sottostanti al comportamento di restrizione.

Il PARDI permette inoltre, di svolgere una valutazione anche rispetto all'eterogeneità dell'ARFID analizzando i tre profili e permettendo di evidenziare le motivazioni sottostanti alla restrizione alimentare che richiedono approcci terapeutici differenti

### **Trattamenti medici**

Il trattamento medico prevede come obiettivo primario il ripristino del peso corporeo e lo persegue attraverso un approccio multidisciplinare ambulatoriale o, nei casi più gravi, con un ricovero ospedaliero. Il ricovero si rende necessario con l'IMC inferiore al 75% di quello previsto per sesso ed età.

Altri protocolli utilizzati comprendono la somministrazione di integratori alimentari orali, l'alimentazione con sondino nasogastrico o l'alimentazione enterale. Queste ultime possono rivelarsi una strategia necessaria nel trattamento della malnutrizione acuta, ma devono essere considerate una misura temporanea. Una volta che i pazienti hanno raggiunto un peso adeguato e sono in grado di assumere buona parte della nutrizione per via orale deve avere inizio lo "svezzamento".

Ad oggi non esiste alcun farmaco specifico per il trattamento dell'ARFID. I farmaci sono utilizzati per curare la sintomatologia di altri disturbi associati che aggravano e interferiscono negativamente con l'andamento della patologia di base e con gli esiti dei trattamenti. È essenziale che il trattamento farmacologico sia sempre affiancato ad un percorso di cura integrato con interventi nutrizionali, educativi e psicoterapeutici (Quaderni della salute, 2013).

### **Trattamenti psicologici**

I trattamenti più utilizzati sono: il Family-Based Treatment o FBT e gli Approcci Cognitivo Comportamentali o CBT.

La FBT è un trattamento sviluppatosi negli anni '90 che integra aspetti dell'intervento cognitivo-comportamentale con indicazioni dell'approccio sistemico-relazionale. Promuove il controllo genitoriale nella normalizzazione dell'alimentazione e del peso migliorando il funzionamento familiare (Dalle Grave et al., 2019).

Nell'FBT la centralità della figura dei genitori nel setting di cura è imprescindibile. L'obiettivo è quello di individuare e mobilitare le risorse di ogni membro della famiglia per affrontare e superare il Disturbo Alimentare (Gorrell, Loeb, Le Grange, 2019).

Mentre la FBT ritiene che il problema o i sintomi appartengano all'intera famiglia, la CBT considera il problema come proprio dell'individuo e incoraggia il paziente ad assumerne il controllo (Dalla Grave et al., 2019).

Esistono varie tipologie di trattamenti CBT che si rivolgono ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione quali:

#### **a) la Terapia Cognitivo-Comportamentale avanzata o CBT-E**

Elaborata dal team del Center for Research on Eating Disorders di Oxford. È un trattamento psicologico individualizzato basato sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei Disturbi dell'Alimentazione. L'obiettivo della CBT-E è quello di affrontare i meccanismi cognitivo comportamentali di mantenimento della psicopatologia. Le procedure di trattamento CBT-E coinvolgono attivamente i pazienti nel processo di cambiamento con l'obiettivo di promuovere l'autocontrollo e ottenere un cambiamento che sia duraturo nel tempo.

I caregiver non sono esclusi dal trattamento ma il loro coinvolgimento è limitato a contribuire al percorso di cura creando un ambiente familiare favorevole al recupero (Dalla Grave et al., 2019).

#### **b) La Terapia Cognitivo Comportamentale-Multistep o CBT-MS**

È un trattamento che si avvale di un'equipe multidisciplinare che ha svolto una formazione comune rispetto alla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica. Non vi è nessun limite di età per quanto riguarda l'utenza. Questo modulo è costituito da 3 passi fondamentali: educare i genitori alla teoria cognitivo comportamentale e al trattamento, affrontare i pasti in famiglia e creare un ambiente familiare ottimale. Inoltre, la CBT-MS è efficace per tutti i livelli di gravità del disturbo ed è stata pensata per essere applicata in vari contesti apportando solo minime modifiche.

#### **c) La Terapia Cognitivo-Comportamentale per ARFID o CBT-AR**

È stata introdotta da Thomas, Wons e Eddy nel 2018 per il trattamento dell'ARFID ed è ancora in fase di studio. Questa terapia presuppone che alcuni individui abbiano una predisposizione biologica alla sensibilità sensoriale, alla paura di conseguenze avverse e/o mancanza di interesse per il cibo o il mangiare. La CBT-AR si prefigge di aiutare i pazienti a raggiungere un peso sano, risolvere le carenze nutrizionali, aumentare le opportunità di esposizione a nuovi alimenti per ridurre i sentimenti negativi e le previsioni sul mangiare, eliminare la dipendenza dagli integratori nutrizionali e ridurre il danno psicosociale. È una terapia appropriata per tutte le età, si snoda attraverso quattro fasi articolate in 20 o 30 sessioni della durata complessiva di 6-12 mesi ed è applicabile sia in versione individuale che familiare.

### **Comorbidità principali**

Recentemente è stato approfondito lo studio rispetto alle ansie e alle paure legate al cibo che sono più frequenti nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. I disturbi d'ansia sono caratterizzati da sentimenti di paura ed evitamento vissuti in modo inappropriato, che possono essere considerati dei bias di valutazione della minaccia. I pazienti con disturbi d'ansia e gli individui che mostrano un punteggio alto sulla scala di ansia classificano alcuni stimoli come pericolosi a differenza di individui sani che li classificano invece come sicuri. (Britton et al, 2011 p 2).

In questo modo si può sviluppare una vera e propria fobia, una paura irrazionale che produce un evitamento cosciente dello stimolo fobico. Esistono vari tipi di fobie specifiche nella manifestazione di ARFID, quelle più frequenti sono: la fobia del vomito o emetofobia e la neofobia alimentare, caratterizzata da una persistente riluttanza e paura di mangiare nuovi alimenti e/o di accettare particolari gusti, consistenze e colori del cibo.

### **Il modello Feeling and Body Investigators-ARFID Division (FBI-ARFID)**

Questo intervento nasce come Feeling and Body Investigators nel 2017, dal lavoro di Zucker e colleghi. Coniuga gli studi sul disturbo di panico e gli approcci cognitivo comportamentali ed inizialmente era rivolto a bambini con dolore addominale cronico. Successivamente, nel 2019, vengono apportate alcune modifiche e viene esteso anche alla diagnosi dell'ARFID. È un trattamento di esposizione interocettiva ed esteroceettiva rivolto ai bambini dai 4 ai 10 anni con diagnosi di ARFID.

L'attenzione è all'esperienza e all'esplorazione delle sensazioni spiacevoli o avverse in un quadro basato sull'accettazione. Lo scopo, infatti, non è quello di terminare tali sensazioni ma di portare i bambini a viverle con curiosità permettendogli di imparare a tollerarle e favorire così l'emergere di una sana consapevolezza di sé e di autocoscienza.

Intervenire in questo senso è particolarmente cruciale nella prima infanzia quando i bambini presentano una elevata sensibilità alle sensazioni interocettive ed esteroceettive che, se percepite come avverse, possono portare l'individuo a mettere in atto comportamenti volti a silenziarle (Zucker et al, 2019). L'FBI-ARFID Division coinvolge attivamente nell'intervento sia i bambini che i genitori che insieme seguono un percorso per diventare "detective del corpo" indagando gli indizi corporei.

Il trattamento comprende le 10 sessioni originali dell'FBI a cui aggiunge 5 sessioni che si focalizzano sulle esposizioni sensoriali al cibo. Ogni sessione segue un formato simile, con piccole

variazioni a seconda delle motivazioni che spingono il bambino ad evitare il cibo (Zucker, 2019).

Inizialmente si chiede al bambino e al genitore di creare una mappa del corpo utile a contenere tutte le informazioni che verranno apprese durante le sessioni. In ogni sessione vengono appresi alcuni nuovi personaggi e condotti esercizi di esposizione ad almeno 2 sensazioni corporee. Si inizia con sensazioni più basilari come fame e pienezza e si prosegue con sensazioni di esperienza emotiva e diverse forme di dolore.

Per facilitarne l'apprendimento si utilizza un workbook che ritrae queste diverse sensazioni utilizzando dei personaggi cartoon, ad ogni sensazione è associato uno o più messaggi che comunicano e le situazioni in cui si possono sperimentare. Queste sensazioni corporee vengono poi generalizzate a diversi contesti grazie all'aiuto del foglio di lavoro o Body brainstorms che permette anche di elaborare delle azioni da mettere in campo per farvi fronte.

Queste strategie verranno poi sperimentate grazie ai compiti a casa che permettono al bambino e al genitore di individuare quella per loro più funzionale. Al termine del trattamento ai bambini verrà consegnato un distintivo da "agenti dell'FBI" come simbolo della fine del loro percorso.

Lo scopo è aiutare i bambini a imparare a comprendere i messaggi delle esperienze corporee ed a rispondere in modo adattivo. Insegnare ai bambini che i segnali corporei comunicano dei bisogni che vanno ascoltati permetterà loro di conoscersi meglio e di imparare a fidarsi del proprio corpo.

## **Il ruolo dell'Educatore Professionale**

Il trattamento presentato in quest'ultimo vuole essere un esempio di possibile intervento educativo rivolto a bambini con l'ARFID ma offre la possibilità anche di interrogarsi ed approfondire il ruolo dell'Educatore Professionale, le sue potenzialità, conoscenze e caratteristiche che ne contraddistinguono la professione e ne valorizzano l'inserimento in questo ambito specifico.

Dall'eterogeneità del disturbo dell'ARFID emerge la necessità di attuare interventi personalizzati, modellati o modellabili sulle esigenze e sulle caratteristiche della persona a cui sono rivolti e del suo contesto. In chiave educativa, infatti, non è tanto sul disagio, disturbo o disabilità che l'educatore agisce, quanto invece sulla persona che vive tali dimensioni (Xodo, Porcarelli, 2017).

Il soggetto dell'educazione è l'uomo con la sua singolarità non riducibile a definizioni e leggi verificabili (Bobbo, 2012, p. 27) e perciò è nell'esperienza della persona che un intervento educativo cerca di agire.

Una delle funzioni fondamentali inserita nel "Core Competence" dell'Educatore Professionale, da Crisafulli e colleghi nel 2010, è proprio la pianificazione dell'intervento educativo individualizzato o PEI. Questa tipologia di progettazione nasce con lo scopo di prendersi cura della persona nella sua globalità, del disagio e del contesto con il quale si entra in contatto. Inoltre, si avvale di saperi e tecniche che gli permettono di offrire all'altro una soluzione rispetto alla condizione di sofferenza che si trova a vivere (Costa, 2001).

Si tratta di un cammino verso l'autonomia in cui l'educatore accompagna e affianca la persona verso la necessaria presa di consapevolezza delle proprie risorse da attivare per far fronte ad eventi problematici e avviare nuove progettualità.

"Il lavoro educativo si svolge costruendo contesti esperienziali protetti, in cui ogni soggetto non assimila semplicemente degli automatismi, ma sperimenta nuove modalità di comunicazione, azione e immaginazione. Conferendo nuovo senso al rapporto con gli altri, con sé stesso e con l'ambiente." (Oggioni, 2014, p. 119). L'Educatore attiva processi che riguardano sia la sfera emotiva che quella cognitiva, accompagnando i soggetti nella ricostruzione di una nuova immagine di sé e della realtà secondo nuovi significati che regolano e orientano le scelte di vita sostituendosi o integrandosi ai precedenti (Oggioni, 2014).

Si individua come elemento centrale della professione dell'educatore l'intenzionalità dell'azione educativa. L'azione educativa ha sempre uno scopo trasformativo volto a generare un cambiamento.

"Il cambiamento educativo è frutto di una interiorizzazione autentica ed è per questo che è ambizioso (volendo essere profondo, duraturo e significativo) ed è del tutto dissimile da quello di un processo addestrativo o impositivo" (Xodo, Porcarelli, 2017, p. 95).

Journal of Health Care Education in Practice (Nov 2020)

Un altro aspetto caratteristico della professionalità dell'Educatore è l'elevato e costante contatto con l'utenza. L'alleanza che si viene a stabilire con l'utente e i caregiver consente di affrontare tutto il percorso educativo giungendo al risultato prefissato ed è fondamentale soprattutto in quei percorsi lunghi e spesso dolorosi come quelli che si trovano a dover affrontare coloro che soffrono di Disturbi alimentari. Avere una figura di riferimento come l'Educatore permette di favorire una continuità terapeutica prevenendo l'abbandono del percorso.

In quest'ottica di vicinanza, la relazione educativa è lo strumento principale attraverso cui l'agire educativo si compie e permette di gestire anche le dinamiche più complesse (Oggioni, 2014).

Si delinea quindi la figura dell'educatore come un professionista che costantemente si confronta e agisce con e nelle complessità legate all'unicità del singolo individuo e dei contesti in cui vive (Crisafulli, 2016).

La sua professionalità si avvale di caratteristiche e propensioni personali, da intendersi come "bagaglio etico-motivazionale di partenza" ma si costruisce sviluppando "competenze esperte" di analisi dei contesti e di definizione di prassi educative coerenti con obiettivi di sviluppo individuale e sociale (Oggioni, 2014, p 98).

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina editore.
- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: Editore Cleup.
- Britton, J. C., Lissek, S., Grillon, C., Norcross, M. A. & Pine, D. S. (2011) Development of anxiety: the role of threat appraisal and fear learning. *Depress Anxiety*, 28(1): 5–17. Doi: 10.1002/da.20733
- Bryant-Waugh, R. (2020) *Arfid avoidant restrictive food intake disorder. A guide for parents and cares*. London and New York: Routledge.
- Bryant-Waugh, R. & Higgins, C. (2020) *Avoidant restrictive food intake in childhood and adolescence. A clinical guide*. London and New York: Routledge.
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zaho, M., Matsumoto, C., Rausch, H. C., Mellor-Marsá, B., Stona, A., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D., Thiels C., Sharan, P., Al-Adawi, S. & Reed, G. M. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med* , 17:93. Doi: 10.1186/s12916-019-1327-4
- Costa, A. (2001). Le nuove competenze dell'educatore. Come cambia una professione, *Animazione Sociale*, (4), 79.
- Crisafulli, F., Molteni, L., Paoletti, L., Scarpa, P.N., Sambugaro, L. & Giuliodoro S. (2010). *Il "core competence" dell'educatore professionale. Linee di indirizzo per la formazione*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Della Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S. & Le Grang, D. EA conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *J Eat Disord* , 7:42. Doi: 10.1186 / s40337-019-0275-x
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, T., Malizio, J., Kearney, S. & Walsh T. (2014) Characteristics of Avoidant/Restrictive Food intake Disorder in children and adolescent: a "new disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*, 55 (1): 49-52. Doi: 10.1016 / j.jadohealth.2013.11.013.
- Marra, M., Sammarco, R., De Lorenzo, A., Iellamo, F., Siervo, M., Pietrobelli, A., ... & Contaldo, F. (2019). Assessment of body composition in health and disease using bioelectrical impedance analysis (BIA) and dual energy X-ray absorptiometry (DXA): a critical overview. *Contrast Media & Molecular Imaging*.

Journal of Health Care Education in Practice (Nov 2020)

- Ministero della Sanità, DECRETO 8 ottobre 1998, n. 520. Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Luck, A. J., MorganLuck, J. F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., ... & Lacey, J. H. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*, 325(7367): 755-756.
- Oggioni, F. (2014) *Il profilo dell'educatore. Formazione e ambiti di intervento*. Roma: Carocci Faber.
- Quaderni del ministero della salute. (2013) *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*.
- Thomas, J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T. & Eddy, K. T. (2017) Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 19 (8): 54. Doi: 10.1007 / s11920-017-0795-5.
- Thomas J., Wons, O. & Eddy, K. (2018) Cognitive-Behavioral Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Curr Opin Psychiatry*, 31 (6): 425-430.
- Xodo, C. & Porcarelli, A. (2017) *L'educatore. Il "differenziale" di una professione pedagogica*. Lecce: Editore Pensa Multimedia.
- Zucker, N. L., Mauro, C., Craske, M., Wagner, R. H., Datta, N., Hopkins, H., Caldwell, K., Kiridly, A., Marsan, S., Maslow, G., Mayer, E. & Egge, H. (2017) Acceptance-based interoceptive exposure for young children with functional abdominal pain. *Behav Res Ther*, 97: 200-212. Doi: 10.1016 / j.brat.2017.07.009.
- Zucker, N. L., La Via, M., Craske, M. G., Foukal, M., Harris, A., Datta, N., Saveriede, E. & Maslow, G. (2019) Feeling and Body Investigators (FBI) – ARFID division: an acceptance-based interoceptive exposure treatment for children with ARFID. *Int J Eat Disord.* 52 (4): 466–472. Doi: 10.1002 / eat.22996

**Sitografia**

<https://www.aidap.org/>

[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2775](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2775)

<https://www.cbte.co/what-is-cbte/transdiagnostic-view-eating-disorders/>