

Dr.ssa Costanza Pira

Medico Chirurgo
Specialista in Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Clinica
S.S. Dietetica & Nutrizione Clinica
Ospedale Infantile Regina Margherita Torino

***Avoidant Restrictive Food
Intake Disorder:
una problematica
sommersa***

27 - 29 novembre 2025

Padova Congress
Via Carlo Goldoni 8, Cancelli C - Padova



Avoidant Restrictive Food Intake

WHAT?



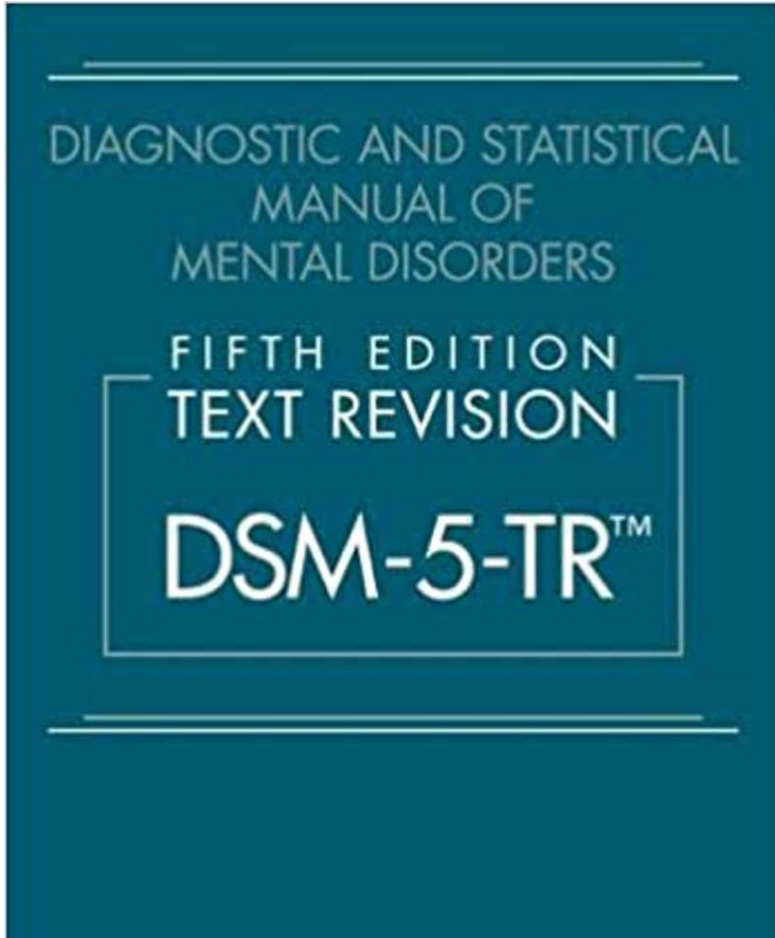
Avoidant Restrictive Food Intake

Feeding and Eating Disorders:

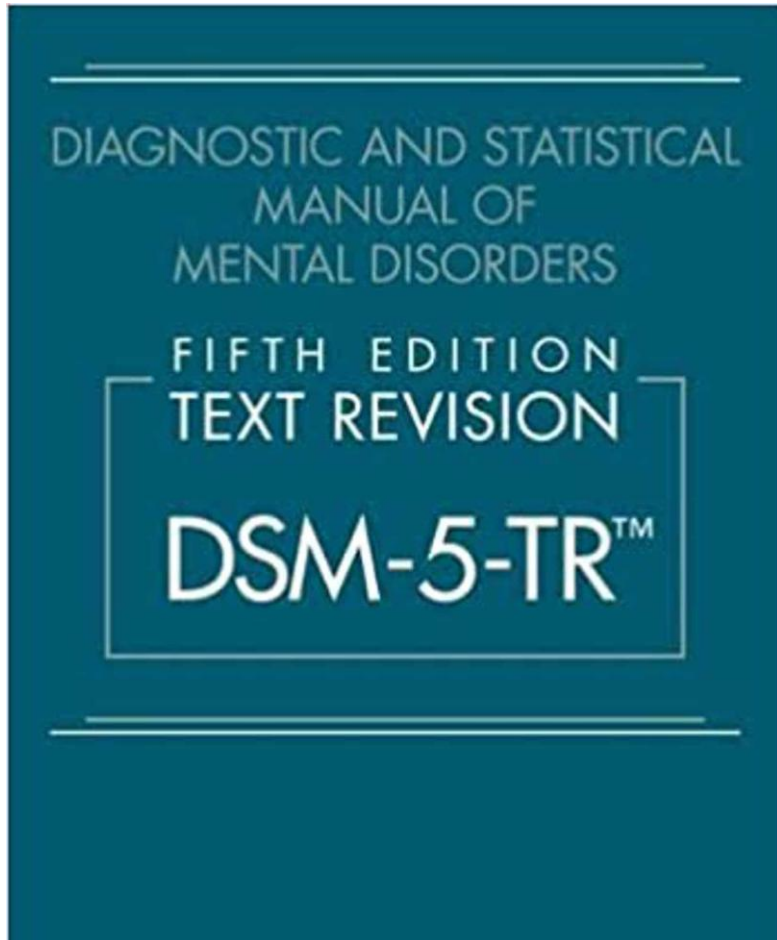
- Anoressia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder – BED)
- Disturbo della Nutrizione e dell’Alimentazione con Altra Specificazione (OSFED)
- Pica
- Disturbo da Ruminazione
- Disturbo Evitante/Restrittivo dell’Assunzione di Cibo (ARFID)
- Disturbo della Nutrizione o dell’Alimentazione Non Specificato (UFED)

Altri disturbi correlati (non ufficialmente riconosciuti nel DSM-5-TR ma proposti):

- Disformia Muscolare (Muscle Dysmorphia)
- Ortoressia Nervosa (Orthorexia Nervosa - ON)



Avoidant Restrictive Food Intake



Feeding and Eating Disorders:

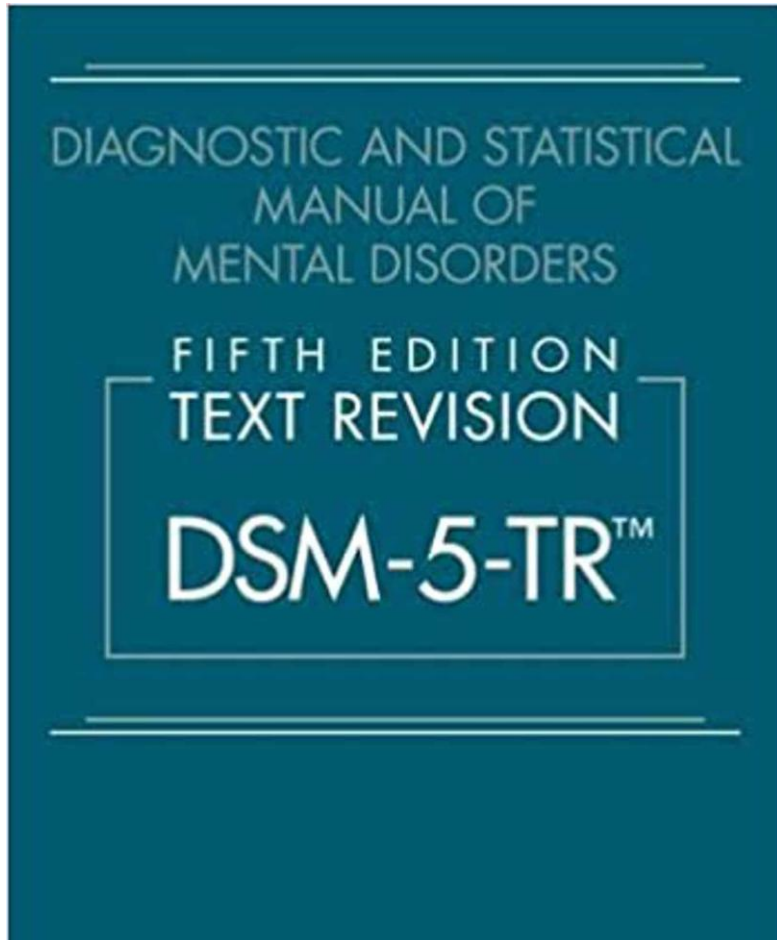
- Anoressia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder – BED)
- Disturbo della Nutrizione e dell’Alimentazione con Altra Specificazione (OSFED)
- Pica
- Disturbo da Ruminazione
- **Disturbo Evitante/Restrittivo dell’Assunzione di Cibo (ARFID)**
- Disturbo della Nutrizione o dell’Alimentazione Non Specificato (UFED)

Altri disturbi correlati (non ufficialmente riconosciuti nel DSM-5-TR ma proposti):

- Disformia Muscolare (Muscle Dysmorphia)
- Ortoressia Nervosa (Orthorexia Nervosa - ON)



Avoidant Restrictive Food Intake



DEFINIZIONE:

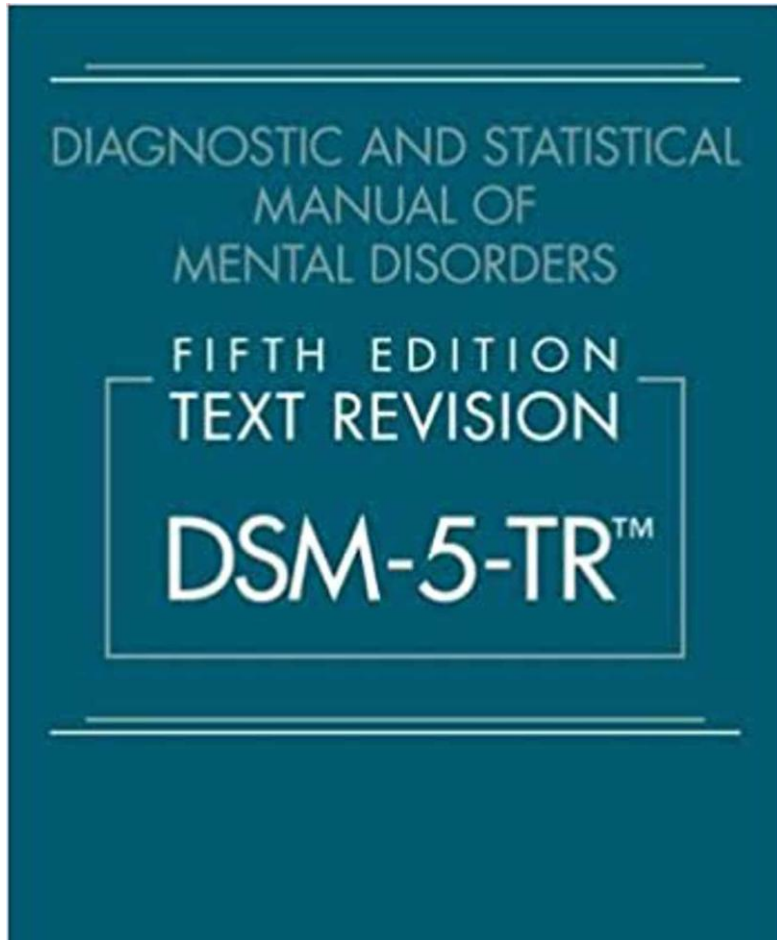
il nucleo del disturbo è **una restrizione alimentare clinicamente significativa** dovuta a:

- evitamento sensoriale (texture, odore, aspetto, temperatura)
- scarso interesse per il cibo o l'alimentazione
- preoccupazione/paura per conseguenze negative (soffocamento, vomito, dolore addominale)

L'ARFID può avere esordio **nell'infanzia o nella prima adolescenza**, ma in alcuni casi, **anche in età adulta**



Avoidant Restrictive Food Intake



CRITERI DIAGNOSTICI:

A — Evitamento/restrizione dell'alimentazione con almeno una delle seguenti conseguenze:

- perdita di peso o incapacità di crescere adeguatamente
- carenze nutrizionali significative
- dipendenza da supplementi nutrizionali orali o nutrizione enterale
- compromissione psicosociale

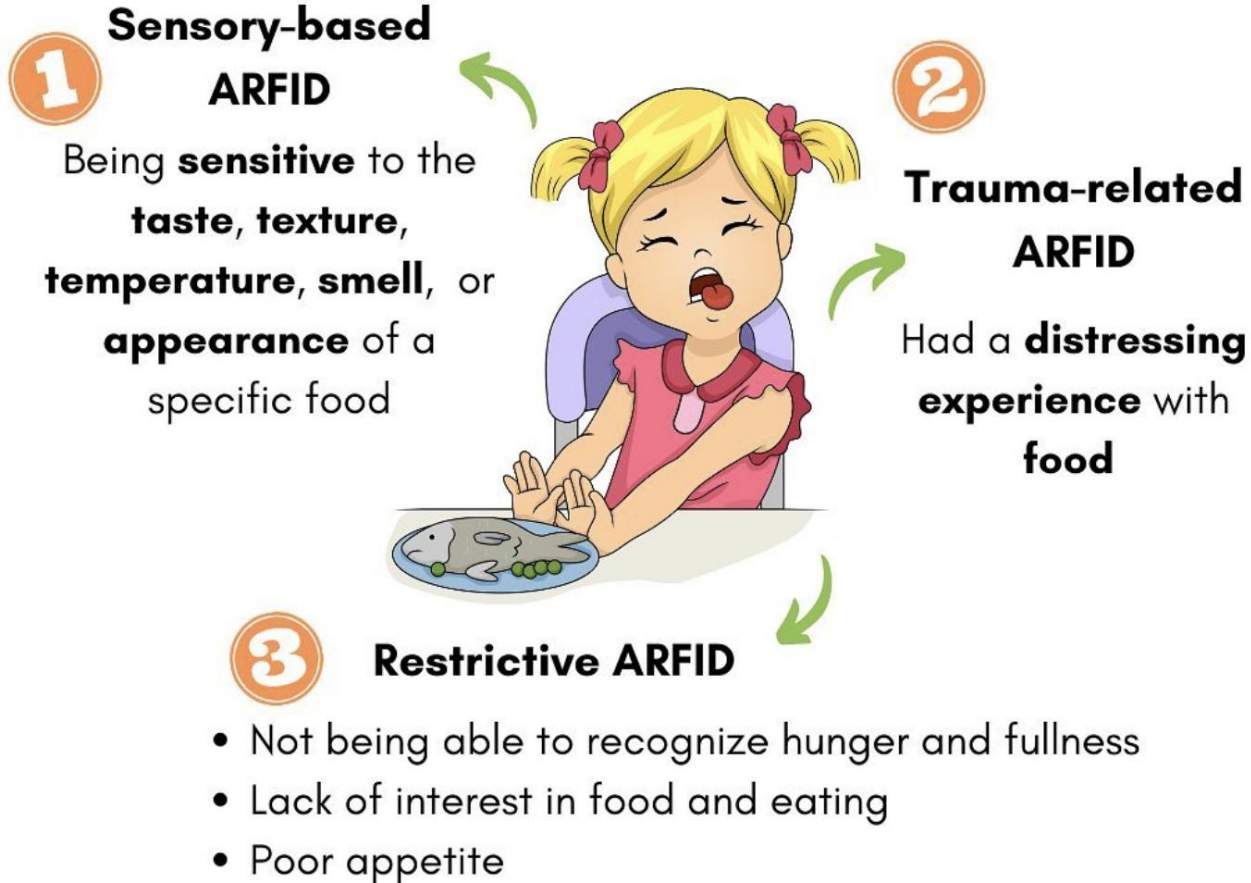
B — Non dovuto a indisponibilità di cibo o pratiche culturali.

C — Non spiegato da anoressia nervosa o bulimia nervosa (assenza di body image disturbance).

D — Non attribuibile a condizioni mediche gastrointestinali o disturbi mentali che spieghino meglio il quadro.



Avoidant Restrictive Food Intake



L'ARFID è una diagnosi che **raccoglie al proprio interno una grande variabilità di manifestazioni cliniche.**

Sono stati identificati **tre profili** che spiegano il motivo della carenza energetica e/o nutrizionale; questi profili **possono variare in termini di gravità, non sono categorie rigide, infatti non si escludono a vicenda.**

Curr Psychiatry Rep. 2017 August ; 19(8): 54 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment - Jennifer J. Thomas et al.

Avoidant Restrictive Food Intake

Sensory-based:

- bambini selettivi “estremi”, poche decine o meno di cibi accettati;
- forte evitamento di texture, odori o colori;
- tende a esordire in età prescolare.



Lack of interest:

- poca fame, scarso piacere nel mangiare, senso di sazietà precoce;
- durata dei pasti molto lunga, mangiano con estrema lentezza, necessarie distrazioni per farli mangiare;
- spesso associato a pattern di crescita scarsa e carenze.

Fear-based :

- esordio dopo un evento scatenante (choking, vomito, dolore);
- evitamento di intere categorie di cibi ritenuti “rischiosi”;
- picchi di ansia per le sensazioni corporee legate al mangiare.

Curr Psychiatry Rep. 2017 August ; 19(8): 54 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment - Jennifer J. Thomas et al.

L'ARFID, un disturbo sommerso



Congresso Nazionale SINPE 2025

CLINICAL NUTRITION: shaping a better future of health care



L'ARFID, un disturbo sommerso



Congresso Nazionale SINPE 2025

CLINICAL NUTRITION: shaping a better future of health care



Epidemiologia

Evidenze ancora limitate

letteratura su bambini e adolescenti scarsa e non omogenea

Studi eterogenei

ampia variabilità per:

- setting (scuole, comunità, cliniche)
- metodologie e strumenti diagnostici → stima della prevalenza molto variabile

Limiti della ricerca attuale

campioni piccoli, poca generalizzabilità, pochi studi controllati.

Profilo demografico diverso dagli altri ED

Serve più ricerca

necessari studi più ampi per chiarire:

- frequenza reale nella popolazione
- differenze tra popolazione clinica e comunitaria
- utilità di sistemi di sorveglianza epidemiologica

Eur Eat Disorders Rev. 2023;31:226–246 What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents? A systematic review of the literature. Javier Sanchez-Cerezo et al



Epidemiologia

.Risultati

Prevalenza paragonabile a quella di altri disturbi dell'alimentazione.
Stime del **12% nelle popolazioni cliniche** e del **2,84% in quelle non cliniche**.

Condizione non dipendente dall'età.

Maggiore espressione: **ipersensibilità sensoriale e/o scarso appetito**.

Comorbidità frequenti → condizioni mediche, psichiatriche e neuroevolutive.

Criticità nei criteri diagnostici attuali → es. escludere ARFID in presenza di altri disturbi dell'alimentazione → possibili revisioni future dei criteri stessi

Ricerca sul decorso della malattia → ancora **scarsa**.

Mancano studi longitudinali solidi.



Recent insights into the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) - Liv Hog and Lisa Dinkler

Strumenti pratici

NIAS: *Nine Item ARFID Screen*

Self-report breve

Somministrabile da qualsiasi professionista della salute

Adatto a adolescenti e adulti; parent-report nei bambini

Screening preliminare, rapido, identifica 3 profili di evitamento

| | | Strongly Disagree | Disagree | Slightly Disagree | Slightly Agree | Agree | Strongly Agree |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | I am a picky eater | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | I dislike most of the foods that other people eat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | The list of foods that I like and will eat is shorter than the list of foods I won't eat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | I am not very interested in eating; I seem to have a smaller appetite than other people | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | I have to push myself to eat regular meals throughout the day, or to eat a large enough amount of food at meals | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Even when I am eating a food I really like, it is hard for me to eat a large enough volume at meals | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | I avoid or put off eating because I am afraid of GI discomfort, choking, or vomiting | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | I restrict myself to certain foods because I am afraid that other foods will cause GI discomfort, choking, or vomiting | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | I eat small portions because I am afraid of GI discomfort, choking, or vomiting | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Strumenti pratici

PARDI-AR-Q: *Pica, ARFID, Rumination Disorder – ARFID Questionnaire*

Self-report + parent-report

Questionario più completo (circa 32 item) → valuta gravità, impatto funzionale e drivers dell'evitamento

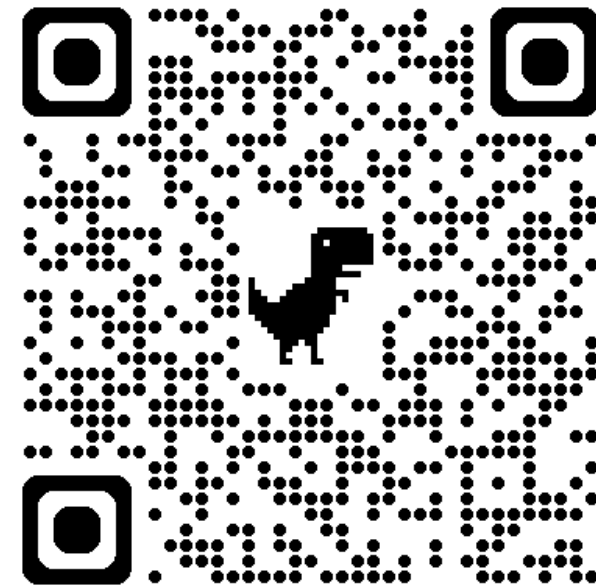
Utilizzo sia in ambito clinico che di ricerca

Copre: pattern alimentari, conseguenze nutrizionali, interferenza psicosociale, meccanismi specifici (sensoriale / paura / scarso appetito)

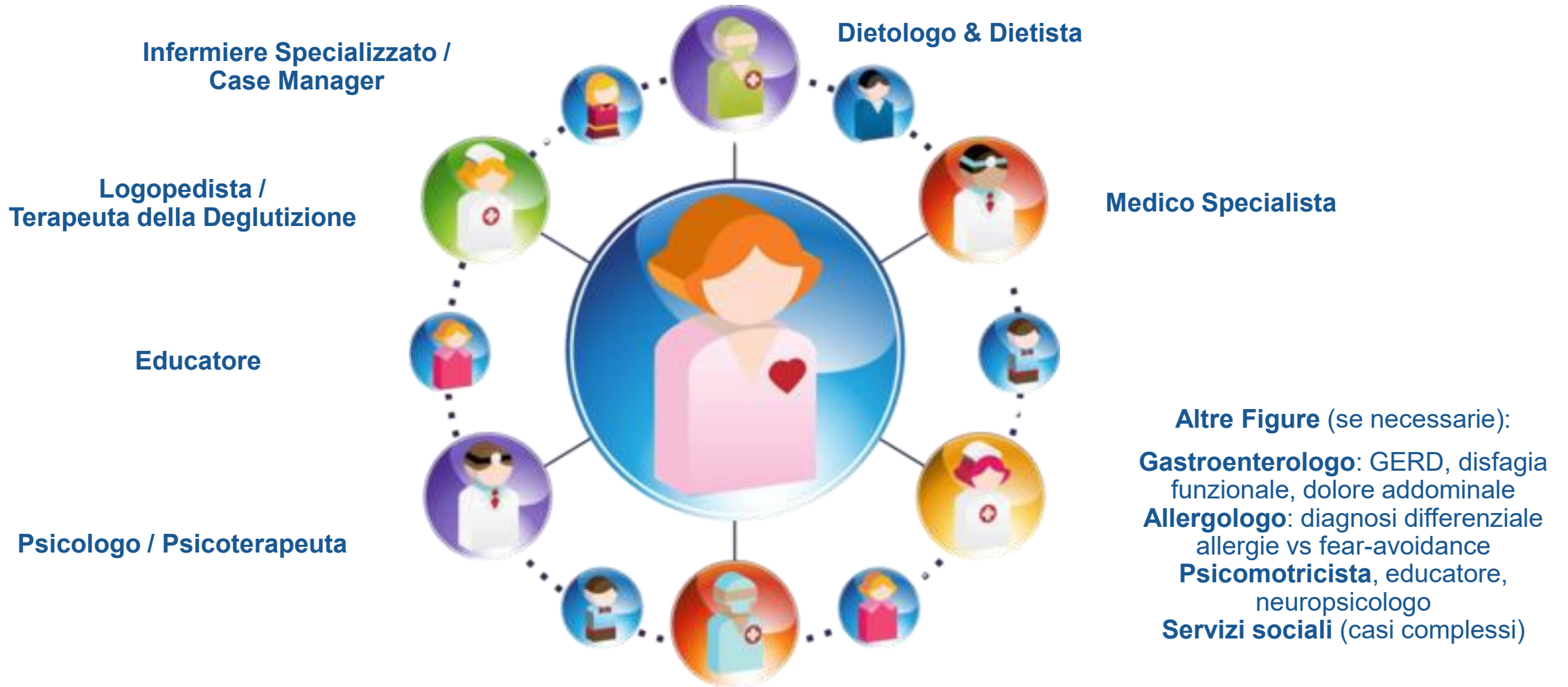
Da interpretare da professionisti esperti (psicologi/psichiatri/NPI)

Adatto a bambini, adolescenti e adulti

Per valutazione più approfondita (quasi diagnostica) e monitoraggio nel tempo



ARFID: una gestione complessa



Team Multidisciplinare: il ruolo del Medico Dietologo e del Dietista

Confronto multidisciplinare sul caso con i Colleghi.

Valutazione dello stato nutrizionale:

- visita medica (si indaga la presenza di condotte compensatorie)
- parametri antropometrici (peso, altezza, BMI) con valutazione dell'andamento di crescita (percentili e Z-score)
 - stima dei fabbisogni e stima del rischio di RS
 - valutazione esami ematici e/o strumentali

Anamnesi alimentare

(recall-24h, valutazione del diario alimentare, schede di monitoraggio, indagine su modifiche delle abitudini alimentari nel tempo)

Impostazione del supporto nutrizionale più idoneo

(schema dietetico personalizzato, pasto assistito, ONS, NE, NP)

Valutazione del **setting di cura più idoneo** per il prosieguo delle cure

Controllo e gestione di eventuali **complicanze**



Età evolutiva: il ruolo dell'alimentazione

Età evolutiva:

fase della vita, **compresa tra la nascita e la fine dell'adolescenza**, ove si attivano i processi fondamentali di

- crescita,
- maturazione,
- sviluppo.

L'alimentazione in età evolutiva

Ruolo fondamentale e insostituibile nello **sviluppo fisico, cognitivo, emotivo e comportamentale** dell'individuo.

Rappresenta un fattore biologico essenziale che interagisce con l'ambiente e il patrimonio genetico per **determinare la traiettoria di crescita e salute**.

Sviluppo fisico e crescita somatica, sviluppo neurocognitivo

Regolazione metabolica e prevenzione delle malattie croniche

Sviluppo del comportamento alimentare e della **relazione con il cibo**

Supporto al sistema immunitario e prevenzione delle infezioni



Malnutrizione in età evolutiva: conseguenze a lungo termine

Ritardo della Crescita → la malnutrizione cronica può causare stunting (bassa statura per l'età), risultato di una deprivazione nutrizionale prolungata. Può associarsi a sviluppo mentale ritardato, capacità intellettive ridotte

Compromissione dello Sviluppo Puberale → un apporto nutrizionale inadeguato durante l'infanzia e l'adolescenza può influenzare il timing e il pattern della pubertà, con conseguenze sulla statura adulta, sull'accumulo di massa muscolare e grassa, e sul rischio di malattie non trasmissibili in età adulta. Inoltre, la malnutrizione cronica può ritardare l'inizio della pubertà (3 anni nei ragazzi malnutriti e 2,1 anni nell'età del menarca nelle ragazze)

Riduzione della Massa Magra e Ossea → la malnutrizione influisce negativamente sull'accumulo di massa muscolare e ossea durante l'adolescenza, periodi critici per lo sviluppo del picco di massa ossea. Un apporto nutrizionale insufficiente può compromettere la crescita muscolo-scheletrica, aumentando il rischio di fratture e osteoporosi in età adulta.

Rischio di Patologie Croniche Future → la malnutrizione in età evolutiva è associata a un aumento del rischio di sviluppare malattie croniche in età adulta, come osteoporosi, DMT2 e malattie cardiovascolari

Compromissione dello Sviluppo Cognitivo

THE LANCET - Nutrition in adolescent growth and development -
Volume 399, Issue 10320p172-184 January 08, 2022

Congresso Nazionale SINPE 2025

CLINICAL NUTRITION: shaping a better future of health care

Take home messages

ARFID è **cl clinicamente rilevante e spesso sottodiagnosticato**;

Utilizzare **screen rapidi (NIAS) + PARDI** per definire profilo

Fondamentale il **trattamento multidisciplinare**

Trattamento multimodale con **CBT-AR** risulta promettente

Attenzione a **comorbidità e complicanze mediche**

Creare **percorsi locali**.



27 - 29 novembre 2025

Padova Congress
Via Carlo Goldoni 8, Cancelli C - Padova

Grazie per l'attenzione



Giulia

7 anni, prima visita dietologica su invio del PLS per scarso accrescimento e difficoltà nell'alimentazione per os. Eseguite 4 sedute psicoterapiche e invio all'NPI con indicazione a presa in carico NPI a livello Territoriale.

Dalla visita emerge: svezzamento senza difficoltà; dai 3 anni inizio delle problematiche correlate all'alimentazione, peggiorate con il tempo fino alla situazione attuale: **selettività alimentare marcata, correlata non solo alla tipologia di alimento ma anche al contesto in cui viene consumato**, presenza di **difficoltà di relazione** con gli altri: in visita paziente mutacica, frequenta la scuola, non attività fisica strutturata

07/12/2022: peso 14.1 kg (<<3°, z score -4.22), altezza 111.5 cm 2°, z score -2), BMI 11.3 kg/m² (<<3°, z score -4.85). BEE 770 kcal, TEE (BEE_x1.3-1.5) 1150 – 1385 kcal

Agli esami ematici riscontro di **deficit di vitamina D**, in corso di supplementazione.

Counselling nutrizionale: schema dietetico ai fabbisogni, bilanciato; in prova ONS; appuntamento a 1 mese.

Torna dopo 2 mesi, visita dietistica: peso stabile, emerge che la dieta non è stata modificata, l'alimentazione è caratterizzata da elevato consumo di dolci, persiste spiccata selettività alimentare, la paziente ha rifiutato tutti gli alimenti proposti → indicazione a rivalutazione dietologica e pediatrica urgente per valutare eventuale ricovero → non la vediamo più fino ad **agosto 2023**.

Accesso in **PS OIRM** con **successivo ricovero** in Reparto di Pediatria su invio della PLS per riscontro in visita ambulatoriale di importante calo ponderale (>10% del peso corporeo rispetto alla visita di febbraio da noi) e persistenti difficoltà alimentari con selettività. **Mutismo selettivo**. Alla visita presenza di malnutrizione, ipotrofia muscolare, ossa della cassa toracica in evidenza. Agli esami ematici segni di **emoconcentrazione** per scarsi introiti idrici riferiti → Lungo colloquio con i genitori sulla situazione clinica → data la selettività nei confronti dei cibi naturali, il rifiuto degli ONS proposti, la gravità attuale → **NE previo posizionamento di SNG**.

Giulia

Inizio agosto – fine settembre 2023: **visite dietologiche e dietistiche frequenti**: inizia un percorso di educazione alimentare con impostazione di dieta personalizzata + **presa in carico NPI e psicoterapeutica** con colloqui a cadenza settimanale.

Esegue **esami strumentali** (ECG, eco addome) di norma.

Per riferiti RGE e sintomatologia gastrica con nausea eseguita visita GEL con indicazione a **EGDS** per escludere alterazioni: di norma..

Diagnosi di ARFID severo con concomitante mutismo selettivo e importanti tratti fobico-ossessivi.

Graduale recupero ponderalae in corso di ricovero, riduzione del volume NE al miglioramento delle ingesta per os. In ogni caso dimissione in NED + presa in carico con accesso bisettimanale in DH NPI.

Andamento ponderale:

07/02/2025: peso 19.8 kg (<<3°, z score – 2.69)

02/10/2023 (primo accesso in DH NPI): peso 17.25 kg (<<3°, z score -2.85)

25/09/2023 (alla dimissione): peso 16.8 kg (<<3°, z score – 3.09)

04/09/2023: peso 15.9 kg (<<3°, z score – 3.56)

11/08/2023: peso 12.9 kg (<<3°, z score – 5.87)

13/02/2023: peso 14.4 kg (<<3°, z score – 4.2), altezza 112.5 cm (1°, z score -2.18), BMI 11.5 kg/m² (<<3°, z score – 4.38)

07/12/2022: peso 14.1 kg (<<3°, z score -4.22), altezza 111.5 cm 2°, z score -2), BMI 11.3 kg/m² (<<3°, z score -4.85)

La paziente non ha più il SNG dopo rimozione accidentale a luglio 2024. Prosegue ONS.

Persiste selettività alimentare e mutismo selettivo, ma **grazie al GIOCO** la paziente **ha ripreso confidenza con i cibi**:

- Disegno
- Gioco dell'oca
- Simulazione dei pasti
- Scelta del cibo da provare su schede stagionali e proposte di cucinazione tramite il disegno e i colori
- Corso di cucina