

# Disturbi del Comportamento Alimentare - DCA

Dott. Pelucchi Fabio

## COSA SONO I DCA?

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono definiti dal DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) come patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da condotte alimentari che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo. I Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione comprendono principalmente l'Anoressia nervosa, la Bulimia nervosa, il Disturbo da binge-eating, la Pica, il Disturbo da ruminazione, Disturbi dell'alimentazione sotto soglia. L'obesità non è stata inclusa nel DSM V perché essendo il risultato dell'interazione di fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali non è attualmente considerata un disturbo mentale. Tuttavia, esiste un forte legame tra l'obesità ed alcuni disturbi mentali come il disturbo da binge-eating, il disturbo depressivo, il disturbo bipolare e la schizofrenia. In questi casi l'obesità sussiste come conseguenza di altre patologie. I DCA sono comuni ad entrambi i sessi, anche se nell'immaginario comune siamo più portati a pensare alle donne. Questo può portare a sottovalutare la problematica nei maschi.

## QUALI SONO

### Anoressia nervosa (AN)



L'anoressia nervosa è una patologia spesso cronica, dove chi ne soffre vede danneggiati vari aspetti della propria vita, come conseguenza di un peso corporeo eccessivamente basso e di un'alimentazione inadeguata. Questa patologia coinvolge prevalentemente adolescenti e giovani adulti, in prevalenza femmine. È caratterizzata da una restrizione calorica cronica molto marcata e/o atteggiamenti compensatori come vomito, utilizzo di lassativi, esercizio fisico estremo che portano ad una riduzione di peso ben al di sotto del minimo teorico che dovrebbe garantire la salute psico-fisica della persona. Le persone affette da AN presentano una distorta percezione del loro peso e forme corporee e paura di prendere peso. In media l'insorgenza di AN è attorno ai 17 anni e la prevalenza nelle giovani adulte, cioè quanti malati ci sono nel periodo di tempo considerato in una data popolazione, è del 0,5-1%. Va considerato che una grossa parte non rientra in questi numeri, poiché è una patologia fortemente sotto diagnosticata. In queste persone il seguire una dieta stringente è fortemente associato a fattori sociali, tra i quali spiccano i commenti verso il proprio corpo da parte di chi le circonda. Parlando prevalentemente di adolescenti, età in cui la pubertà e quindi il repentino cambiamento del proprio corpo sono già di per sé difficoltosi, queste persone che stanno intorno comprendono: compagni di classe, compagni di sport, altri coetanei, familiari, insegnanti, educatori e in ambito sportivo i tecnici e gli allenatori, i quali spesso si sentono in dovere di suggerire agli atleti e atlete di raggiungere un certo peso, di "perdere un paio di chili" oppure di modificare la loro alimentazione per poter essere più performanti nella loro disciplina. Questo non solo alza notevolmente il rischio di sviluppare DCA,

ma non è nemmeno particolarmente correlato alla performance, salvo eccezioni. Nelle persone affette da AN si riscontra inoltre una distorsione nella regolazione delle emozioni. In particolare, vi è una ridotta empatia cognitiva, cioè la capacità di comprendere le emozioni delle altre persone. Questo è stato riscontrato comparando persone affette da AN con un gruppo di controllo di persone sane, in cui le prime mostravano una riduzione ed un cambiamento di espressioni facciali e riportavano meno emozioni positive rispetto al gruppo di controllo. Le persone affette da AN vivono la malattia come un modo di dare struttura e sicurezza alla loro vita. Controllare in maniera maniacale il cibo, il proprio corpo, il proprio peso, diventa un modo per non avere tempo ed energie da dedicare agli altri problemi e difficoltà della vita. Inoltre, riuscire a controllare questi fattori, porta la persona ad un senso di "soddisfazione" e autocontrollo. Nelle prime fasi la perdita di peso viene accompagnata da complimenti dall'esterno, spesso in buona fede, che vanno però a rinforzare il disturbo, creando in chi ne soffre un senso di soddisfazione e apprezzamento, che molto spesso prima non era presente.

#### IN COSA DIFFERISCE AN DAGLI ALTRI DISTURBI?

Il trattamento dell'anoressia nervosa presenta un altissimo abbandono, stimato attorno al 20-51%, con quindi una condizione che può sovente diventare cronica (20% dei casi totali), con un rischio di mortalità medio del 10-15% a causa delle complicanze; il rischio di morte in persone affette da AN è circa 10 volte rispetto a persone sane della stessa età e sesso. Per comprendere perché AN è così ostica da affrontare, vanno introdotti velocemente due concetti:

**EGODISTONIA:** condizioni fisiche, emozionali o pensieri che non consideriamo parte di noi stessi, per cui cerchiamo di allontanarli e/o di risolverli.

**EGOSINTONIA:** è l'opposto, indica quindi comportamenti o eventi mentali che vengono percepiti in linea con l'idea che una persona ha di sé, pertanto, queste condizioni non vengono valutate come problematiche da un clinico.

Il problema forse più grosso dal punto di vista del trattamento è che AN per molte persone (non tutte!) che ne sono affette rientra nella categoria di condizione EGOSINTONICA, per cui la persona percepisce la malattia come qualcosa che fa parte della sua identità e non come una malattia che in quanto tale vada curata. Nelle persone che presentano questa componente egosintonica descrivere AN come una malattia può venire percepito come un giudizio negativo della persona e un eventuale trattamento potrebbe essere vissuto come un attacco alla propria persona. Finché queste persone percepiscono i "vantaggi" di cui sopra essere superiori agli effetti negativi, sarà molto difficile guarire. Il terapeuta che prende in carico il/la paziente agirà in modo differente in base a come viene vissuto il disturbo dalla persona; per approfondimenti in merito si rimanda alla bibliografia.

#### **Bulimia nervosa (BN)**

Caratteristica peculiare della bulimia nervosa è la presenza di episodi di abbuffata seguiti da comportamenti compensatori come il vomito autoindotto, l'utilizzo di lassativi, il digiuno e l'intensa attività fisica allo scopo di controllare il peso e le forme del corpo, oltre che di ridurre l'intensità del senso di malessere e vergogna conseguenti all'episodio di abbuffata. La maggior parte delle persone che soffrono di bulimia presenta un peso corporeo nella norma, fatto che in alcuni casi rende più difficile riconoscere la patologia. La bulimia è associata ad altri disturbi mentali come la depressione e l'iperattività, e a problemi come la tossicodipendenza o l'alcolismo. Si riscontra anche un elevato rischio di suicidio, inferiore ad AN e di pratiche autolesionistiche. Le crisi bulimiche sono episodi in cui una persona ingerisce, spesso senza sentirne il sapore, grandi quantità di cibo in un tempo molto limitato. Alcune persone che soffrono di questo disturbo possono averne molte nell'arco della stessa giornata. Alcune persone possono perdere talmente il controllo tanto da ingerire cibi avariati, crudi, o miscugli di qualsiasi composizione. Gli studi mostrano un effetto delle crisi bulimiche nella regolazione degli stati emotivi negativi, che spiegherebbe in parte la "dipendenza" dal cibo in chi soffre di questo disturbo. Di solito questi effetti "positivi" sono sostituiti da una profonda angoscia per la possibilità di ingrassare e perché non si è stati capaci di controllarsi. Questo riporta a condotte compensatorie per il senso di colpa, andando a creare un circolo vizioso dovuto al fatto che queste fanno percepire un

senso di “vuoto” fisico che preparano il terreno per una nuova abbuffata. Un sentimento quasi sempre presente in chi soffre di BN o AN è quello della vergogna misto a colpa. Pertanto, spesso la malattia viene nascosta ai familiari e agli amici il più a lungo possibile e in molti casi la richiesta di aiuto viene fatta dopo molto tempo che il disturbo è cominciato. La bulimia nervosa non stravolge solo i comportamenti alimentari, ma anche altre aree importanti della vita della persona. Può capitare di rinunciare alle situazioni sociali che comportano lo stare a tavola con gli altri, oppure di diventare ansiosi e irritabili. Alcune delle caratteristiche psicologiche riscontrabili in persone che soffrono di BN sono perfezionismo, irritabilità e bassa autostima.

### **Binge-eating disorder**

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) è un disturbo caratterizzato da crisi bulimiche in assenza di comportamenti di compensazione. Le persone affette da BED hanno mediamente un peso maggiore, una maggiore frequenza di sovrappeso o obesità, una età di esordio più varia (per anoressia nervosa e bulimia nervosa è soprattutto in età adolescenziale). Spesso le persone affette da BED si rivolgono ai centri per il trattamento dell'obesità perché a prima vista sembra quello il problema, ma rispetto ai pazienti con obesità riportano una maggiore presenza di sintomi psichiatrici, in particolare depressione, disturbi d'ansia e di personalità. Come in chi soffre di AN o BN, vi è nei pazienti un senso di vergogna e di insoddisfazione per il proprio corpo. Come le persone con obesità, le persone affette da BED sono spesso oggetto di discriminazione da parte degli altri a causa della loro condizione fisica.

### **Picacismo (Pica)**

Le persone affette da picacismo mangiano abitualmente cose non commestibili (come carta, argilla, sporcizia o capelli). Per i bambini di età inferiore ai due anni, questo comportamento è ritenuto normale dal punto di vista dello sviluppo. Solitamente ciò che viene ingerito non provoca danni alla sua salute, ma a volte possono esserci delle complicanze tra cui stipsi, occlusione del tratto digerente, avvelenamento o infezioni. Il picacismo spesso si verifica in soggetti affetti da altri disturbi mentali tra cui autismo, disabilità intellettiva e la schizofrenia.

### **Ruminazione**

Le persone affette da questo disturbo rigurgitano il cibo ripetutamente dopo aver mangiato. A volte il cibo viene nuovamente inghiottito. Il disturbo da ruminazione può manifestarsi durante qualunque età. A differenza del vomito, il rigurgito può essere volontario. Tuttavia, spesso chi ne è affetto non riesce a non farlo. Alcune persone sono consapevoli che si tratta di un comportamento socialmente inaccettabile e cercano di mascherarlo mettendo la mano davanti alla bocca o tossendo.

### **Disturbi dell'alimentazione sotto soglia**

Questi disturbi sono tali da non soddisfare completamente i criteri per essere inclusi nei DCA sopra elencati. Sono divisi in Disturbi dell'alimentazione altrimenti specificati e Disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati. Del primo gruppo fanno parte: AN, BN e BED che non soddisfano tutti i criteri, il disturbo da condotte di eliminazione non associato a crisi bulimiche e la sindrome da abbuffate notturna. Del secondo gruppo fanno parte le presentazioni con caratteristiche simili a quelle dei disturbi dell'alimentazione, che causano una significativa disfunzione, ma non soddisfano i criteri per i disturbi specifici. Questa categoria trova utilizzo anche nei casi in cui il medico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non soddisfano la diagnosi di DCA e include le presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per provvedere ad una diagnosi più specifica (ad esempio durante una valutazione in Pronto Soccorso).

## Ortoressia



Questa condizione non è attualmente inserita nei DCA, tuttavia è molto diffusa e probabilmente in una prossima edizione del DSM V verrà inserito. L'ortoressia è un disturbo ossessivo-compulsivo, caratterizzato dall'ossessione di nutrirsi esclusivamente con cibi ritenuti sani, tra cui tutti i cibi altamente processati o che contengono additivi che non soddisfano l'idea di cibo sano. A differenza delle persone che soffrono di anoressia o bulimia, l'immagine corporea non è coinvolta in questo disturbo. Chi ne è affetto passa molto tempo a informarsi sugli alimenti, a pesarli, a preparare i pasti della giornata in modo maniacale, ad evitare momenti di socialità in cui è coinvolto il cibo (pur di evitare di non mangiare "pulito") e nei momenti in cui si trova in compagnia parla di proposito dell'importanza del mangiare sano. Mi preme sottolineare che fare attenzione all'alimentazione, pesare i cibi e pensare all'alimentazione come qualcosa che ci aiuta a preservare o migliorare la nostra salute non è sufficiente per indicare una persona come ortoressica. L'incidenza di ortoressia sembra essere superiore nelle persone vegetariane rispetto a quelle onnivore, mentre non lo è nelle persone vegane. Questo perché per il vegetariano le scelte alimentare sono basate anche o in parte sull'effetto sulla salute che un'alimentazione vegetariana può dare, mentre per il vegano la sua alimentazione fa parte di uno stile di vita e si basa (di solito) su scelte di natura etica e non necessariamente di salute. Tra le persone ad alto rischio di sviluppare ortoressia troviamo gli atleti di diverse discipline, i professionisti della nutrizione (è paradossale ma è così), medici e altri professionisti della salute. Tra le conseguenze di questa problematica si rilevano deficit nutrizionali, alterazioni endocrinologiche e metaboliche, ridotta massa ossea. La spinta verso l'ortoressia viene spesso dalle pubblicità riguardo ai cibi a basso contenuto di grassi, basso contenuto di carboidrati, alto contenuto di proteine ecc, e all'utilizzo dei social. In uno studio fatto su utenti di instagram è risultato che il 49% delle persone riportava dei comportamenti strettamente correlati con l'ortoressia. Probabilmente ciò è dovuto alla tipologia di contenuti che si fruiscono con questo social. Sempre in questo studio si è notato come l'ortoressia sia associata, precedente o seguente una fase di anoressia.

### FATTORI DI RISCHIO PER DCA

#### Biologici:

- Avere un parente stretto con un disturbo alimentare
- Avere un parente stretto con un disturbo mentale
- Diete pregresse e altri metodi di controllo del peso sono associati all'insorgenza dell'alimentazione incontrollata
- Intenso esercizio fisico svolto col fine di perdere peso

#### Psicologici:

- Perfezionismo, specialmente un tipo di perfezionismo chiamato perfezionismo auto-orientato, che porta ad avere aspettative irrealisticamente alte verso sé stessi
- Insoddisfazione verso il proprio fisico

- Passato con disturbi legati all'ansia
- Inflexibilità comportamentale. Molte persone affette da anoressia riferiscono che, da bambini, hanno sempre seguito le regole e sentito che c'era un "modo giusto" di fare le cose.

Sociali:

- Stigma legato al peso. Il messaggio secondo cui più magri si è meglio è
- Derisione o bullismo per via del peso. Il 60% delle persone affette da disturbi alimentari riporta che il bullismo ha contribuito allo sviluppo del loro disturbo
- Farsi condizionare dal messaggio del "corpo ideale" definito a livello sociale

## DCA E SPORT

La popolazione di sportivi presenta una maggior prevalenza di DCA o comportamenti alimentari disfunzionali maggiori rispetto ai non atleti, in particolare per quanto riguarda gli sport con categorie di peso, gli sport estetici e gli sport in cui una bassa percentuale di grasso corporeo ed un basso peso possono incidere in modo significativo sulla performance. In generale i comportamenti disfunzionali sono più frequenti dei DCA negli atleti, tuttavia, in alcuni casi questi possono portare a DCA ed è quindi opportuno riconoscerne i segni precoci. Va notato che tra le condizioni di salute ottimale, comportamenti disfunzionali e DCA non vi è un confine netto, ma si parla di uno spettro che attraversa le tre condizioni, per cui può essere difficoltosa una diagnosi precoce. I comportamenti disfunzionali sono spesso associati a condizioni di bassa disponibilità energetica (per approfondimenti sulle problematiche legate a condizioni di bassa disponibilità energetica si rimanda all'articolo dedicato su [www.atlalbiate.com](http://www.atlalbiate.com)). Queste due condizioni possono essere difficili da riconoscere in quanto spesso il peso dell'atleta rimane stabile. Il rischio per la salute negli atleti con DCA è quello dell'instaurarsi di una condizione definita "relative energy deficiency in sports" (RED-S), la quale va ad impattare sulla salute fisica, fisiologica e psicologica dell'atleta, andando ad aumentare il rischio di infortuni, malattie dovute ad una parziale soppressione del sistema immunitario, problemi cardiovascolari e gastrointestinali, amenorrea, osteoporosi precoce, ansia, depressione, abuso di sostanze e autolesionismo.



Di fondamentale importanza per la prevenzione di DCA è l'ambiente sociale in cui ci trova: compagni di scuola o allenamento, genitori, tecnici, educatori o allenatori spesso spingono verso un controllo del corpo e/o di una sua modifica per fini prestativi oppure intervengono dando "consigli" nutrizionali, ma questo in persone predisposte può innescare un percorso verso i DCA. Ci sono evidenze che mostrano come pratiche non salutari (restrizioni energetiche eccessive, sovrallenamento, utilizzo di sostanze per migliorare la performance fino anche il doping) siano legittimate dalla cultura dominante presente in un certo sport. Tra queste si trovano inoltre la ricerca a tutti i costi dell'eccellenza, allenarsi o gareggiare nonostante infortuni o malattie, ritenere che non vi siano limiti alla propria possibilità di migliorare, abuso di sostanze.

## **SEGNI PRECOCI DI COMPORTAMENTI DISFUNZIONALI NEGLI ATLETI**

### **CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI:**

- Preoccupazione verso il cibo, il peso corporeo, le calorie e la forma corporea
- Pensiero dicotomico verso il cibo (cibo buono vs cibo cattivo)
- Evitamento di attività sociali in cui è compreso il cibo
- Alimentazione ristretta in quantità o eliminazione di certi gruppi alimentari o nutrienti

### **CAMBIAMENTI FISICI:**

- Rapida perdita o aumento di peso o fluttuazioni del peso molto marcate
- Bassa percentuale di massa grassa
- FRATTURE DA STRESS
- Allenamento nonostante una malattia o un infortunio, malattie frequenti
- Disidratazione
- Vestirsi in modo tale da coprire le forme del corpo o una parte di esso

### **CAMBIAMENTI PSICOLOGICI**

- Aumentata attenzione verso il proprio corpo
- Sentirsi senza controllo nei confronti del cibo
- Insoddisfazione e/o distorsione della propria immagine corporea

## **PREVENZIONE, EDUCAZIONE, RUOLO DI GENITORI E ALLENATORI**

Per educare rispetto ai DCA nello sport occorre creare un'ambiente in cui ci si focalizzi sulla promozione di un rapporto sano verso il cibo e verso il proprio corpo con l'ausilio di professionisti specializzati. Bisogna altresì educare rispetto al ruolo che l'alimentazione ricopra nel preservare o migliorare la salute e come essa possa essere di grande aiuto nella performance sportiva, intesa sia come prestazione vera e propria sia come prevenzione degli infortuni. È evidente che in questo "progetto educativo" vadano coinvolti i ragazzi, i genitori e tutte quelle persone che si trovano ad operare all'interno delle società. Eventuali valutazioni riguardanti la composizione corporea e i comportamenti alimentari da attuare ai fini della performance vanno fatte esclusivamente da un nutrizionista sportivo che abbia adeguate competenze in merito. Va interiorizzato che l'allenatore NON è MAI coinvolto in nessun aspetto riguardante la composizione corporea dei propri atleti. È importante che qualunque valutazione sulla composizione corporea venga innanzitutto inserita nel giusto contesto, dove per contesto si considera un insieme molto eterogeneo in cui rientrano aspetti legati al rapporto col cibo, ai propri gusti, pregressi DCA all'interno della famiglia, eventi in cui il cibo riveste una funzione di socializzazione, l'eventuale presenza di patologie, allergie, intolleranze e solo alla fine l'alimentazione come ottimizzatore della performance. Possiamo stare certi, da esperienza sul campo e da letteratura, che parlare di nutrizione e integrazione sportiva facendo finta che tutti gli altri aspetti non esistano è quasi sempre una strategia fallimentare sul lungo periodo. Un altro motivo per cui bisognerebbe astenersi dal parlare di "fisico ideale" per una disciplina è che così facendo si va a formare nell'atleta un'immagine corporea legata alla sua disciplina, che spesso però contrasta con l'immagine corporea "sociale". Si comprende facilmente come ci si possa sentire in questi casi facendo due esempi. Si immagini una ragazza portata per il getto del peso e molto abile in questo, per la quale un peso corporeo superiore alla media è un fattore favorente la prestazione, la quale si trova contemporaneamente bombardata tutto il giorno da condizioni sociali che la spingano verso una versione più magra di sé stessa. Oppure si immagini un ragazzo molto portato per il mezzofondo, per il quale in generale un basso peso corporeo e una bassa percentuale di massa grassa sono favorenti la prestazione, che nel resto della giornata si senta inadeguato verso l'ideale del ragazzo muscoloso. Questa tensione tra immagine corporea atletica e immagine corporea sociale potrebbe in alcuni portare a DCA oppure a comportamenti estremi di controllo del peso quali il digiuno, la restrizione calorica e metodi di compensazione quali l'uso di lassativi o l'autoinduzione di vomito. Ad aggravare la situazione vi è la tendenza da parte di alcuni atleti di considerare la capacità di controllare il proprio

peso corporeo e l'alimentazione come motivo di vanto e dimostrazione di essere disposti a qualunque cosa pur di giungere all'obiettivo. In questa situazione l'incoraggiamento o i complimenti che talvolta provengono da parte di genitori e/o allenatori vanno a creare un rinforzo positivo verso comportamenti disfunzionali. Di fondamentale importanza è capire che anche se visto da fuori possa sembrare una cosa da niente, forzare un atleta (spesso adolescente) a comportamenti restrittivi potenzialmente autodistruttivi è una manifestazione di vera e propria violenza psicologica nei confronti di un'altra persona, mentre non intervenire pur notando certe situazioni è indubbiamente sintomo di complicità. Attualmente vi sono pochi studi riguardanti l'influenza dei genitori sul rapporto che i figli possono avere col cibo e col proprio corpo, tuttavia, quei pochi che ci sono evidenziano come commenti da parte dei genitori riguardo al peso dei figli oppure alle loro abitudini alimentari possano rinforzare le pressioni provenienti da altri ambiti verso un certo tipo di corpo. È chiaro che il genitore abbia un ruolo educativo anche in confronti dell'alimentazione, ma un certo regime alimentare non può essere imposto a tutti i costi e l'alimentazione non deve diventare un qualcosa utilizzato per ammortizzare emozioni negative. Ad esempio, dare le patatine ad un bambino tutte le volte che vive un'emozione negativa, perché potrebbe crescere pensando che il cibo possa consolarlo da eventi negativi. Questo è certamente vero, ma questo potrebbe a lungo andare portare ad un continuo utilizzo del cibo a scopo consolativo, a episodi ricorrenti di binge-eating, bulimia e obesità.



## BIBLIOGRAFIA

- Wells, K.R., et al., The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport, *Br J Sports Med*, 2020
- Boudreault, V., et al., Extreme weight control behaviours among adolescent athletes: Links with weight-related maltreatment from parents and coaches and sport ethic norms, *International Review for the Sociology of Sport*, 2022
- Batista, M. et al., Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents, *Acta Clin Croat*, 2018
- Hilbert, A., et al., Risk factors across the eating disorders, *Psychiatry Res*, 2014
- Smink, F.R.E., et al., Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality rates, *Curr Psychiatry Rep*, 2012
- Conti, J.E., et al., "Finding my own identity": a qualitative metasynthesis of adult anorexia nervosa treatment experiences, *BMC Psychology*, 2020
- Gregerstern, E.C., et al., The Egocentric Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment, *Frontiers in Psychology*, 2017
- Gkiouleka, M., et al., Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: a Literature Review, *Children*, 2022
- Gortat, M., et al., Orthorexia nervosa – a distorted approach to healthy eating, *Psychiatr. Pol.*, 2021
- Michalska, A., et al., Nonspecific eating disorders – a subjective review, *Psychiatr. Pol.*, 2016
- Hay, P.J., et al., Bulimia Nervosa, *Clinical Evidence*, 2010
- Dingemans, A., et al., Emotion Regulation in Binge Eating Disorders: a Review, *Nutrients*, 2017
- McCuen-Wurst, C., et al., Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities, *Ann N Y Acad Sci*, 2021
- Brownley, K.A., et al., Binge-Eating Disorder in Adults, *Ann Intern Med*, 2016