



Il coraggio di guardare

Prospettive e incontri
per la Prevenzione dei Disturbi
del Comportamento Alimentare

Collana



Mettere le *Ali*

Il presente volume illustra i risultati delle ricerche esposte in occasione del seminario, *I Giorni Dispari. Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare*, inserito all'interno del progetto nazionale "Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione sociale nei Disturbi del Comportamento Alimentare" promosso dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù.

Il volume è a cura di
Emanuela Rampelli*, Laura Dalla Ragione**, Paola Bianchini***, Chiara De Santis****

Elenco degli autori:

Giovanni ABBATE DAGA
Michela ANGELETTI
Lucia BARTOLINI
Patricia BETTINI
Paola BIANCHINI
Annalisa BRUSTOLIN
Chiara BURINI
Maria Cristina CAMPANINI
Mariela CASTRILLEJO
Massimo CUZZOLARO
Laura DALLA RAGIONE
Fabiola DE CLERQ
Chiara DE SANTIS
Francesca DIONIGI
Federico FACCHINI
Sara FARNETTI
Secondo FASSINO
Emilio FRANZONI
Maria Gabriella GENTILE
Vanessa LEONE
Roberto LEONETTI
Chiara LESSA
Maria Grazia MARTINETTI
Simonetta MARUCCI
Carla Maria MATTEUCCI
Francesca PIEROTTI
Massimo RECALCATI
Caterina RENNA
Elena RIVA
Paolo SANTONASTASO
Michele SCULATI
Maria Cristina STEFANINI
Nicolò TERMINIO
Patrizia TODISCO
Valentina UGOLINI
Tatiana ZANETTI
Maria ZUCCOLIN

Un sincero ringraziamento è rivolto allo staff del Dipartimento della Gioventù per il sostegno, la sensibilità e la disponibilità alla buona riuscita di questo progetto e all'Istituto Superiore di Sanità che ha offerto la sua collaborazione per la presente pubblicazione.

* Dirigente Servizio "Gestione dei piani finanziati dall'Unione Europea, Politiche per lo sviluppo, la promozione sociale e il contrasto del disagio giovanile - Dipartimento della Gioventù - PCM;

** Responsabile Centro DCA Residenza Francisci di Todi, AUSL 2 Perugia e Responsabile Centro DAI Città della Pieve;

*** Università degli Studi di Perugia, Cattedra di Filosofia Teoretica, assegnista di ricerca;

**** Coordinatrice équipe di formazione in campo DCA, Associazione Mi fido di te, Todi.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù



IL CORAGGIO DI GUARDARE

PROSPETTIVE E INCONTRI PER LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

ATTI DEL SEMINARIO

I Giorni Dispari - The Odd Days -

Ripensare la prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare
Todi, 16-17 ottobre 2009

Progetto nazionale "Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione sociale
nei Disturbi del Comportamento Alimentare"

promosso dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio
dei Ministri - Dipartimento della Gioventù.

Revisione editoriale e stampa a cura dell'Istituto Superiore di Sanità
nell'ambito del Progetto Salute e Benessere dei Giovani,
finanziato con il Fondo per le Politiche Giovanili - Anno 2010

INDICE

PRESENTAZIONE

EMANUELA RAMPELLI

La prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare: una campagna nazionale 7

INTRODUZIONI

TERESA DI FIANDRA

Il Progetto "Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare" 13

LAURA DALLA RAGIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare: un'epidemia della modernità 19

PAOLA BIANCHINI

Lo stato dell'arte nella prevenzione in ambito DCA: quattro aree di intervento 31

1. GUADAGNARE SALUTE: LA PREVENZIONE GENERALE IN AMBITO DCA

35

PAOLO SANTONASTASO, TATIANA ZANETTI

Prevenzione primaria dei Disturbi del Comportamento Alimentare: mito o realtà? 41

EMILIO FRANZONI ET AL.

I Disturbi Alimentari nell'infanzia e preadolescenza: prevenzione primaria e secondaria 47

MARIA CRISTINA CAMPANINI

Il medico di famiglia: un osservatorio privilegiato 55

2. COMUNICARE DENTRO E FUORI LA RETE: AREA MASS MEDIA

59

FABIOLA DE CLERQ

"In FormAzione". Indicazioni in materia di comunicazione sociale sui Disturbi del Comportamento Alimentare e dell'Immagine corporea 69

STEFANO VICARI

Il progetto Timshel: tu puoi 75

VALENTINA UGOLINI

La "Rete" del cambiamento: l'approccio del Web Terapeuta nei DCA 81

SARA FARNETTI

"C'era una volta la solita minestra". Miss Italia pedagogica? 87

3. L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA: AREA SPORT

91

SECONDO FASSINO ET AL.

Il corpo che danza la vita: un intervento di prevenzione 99

ELENA RIVA

Corpi "da gara": la pratica dello sport in adolescenza fra benessere e rischio 109

PATRIZIA TODISCO

Il gioco delle scatole cinesi nella prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione 119

4. EDUCARE ALLA LIBERTÀ: AREA SCUOLA	131
MASSIMO CUZZOLARO <i>Intervento integrato di prevenzione primaria e secondaria dei Disturbi dell’Alimentazione e del peso corporeo in una popolazione scolastica adolescenziale</i>	137
MARIA GRAZIA MARTINETTI ET AL. <i>La Metodologia Life Skills Education come proposta d’intervento integrato</i>	165
PAOLA BIANCHINI, CARLA M. MATTEUCCI <i>Il senso della formazione e la formazione del senso: un progetto di formazione a Rieti</i>	175
CARLA M. MATTEUCCI ET AL. <i>Diventa ciò che sei: risultati della formazione multidisciplinare nelle scuole di Rieti</i>	185
MASSIMO RECALCATI ET AL. <i>Quando la psicoanalisi va a scuola. “Alimentare il desiderio”: un progetto nazionale di prevenzione per i DCA</i>	207
5. LE MODE ALIMENTARI: AREA INDUSTRIA DELLA DIETA	215
MARIA GABRIELLA GENTILE ET AL. <i>L’industria della dieta: analisi del mercato e dei messaggi veicolati attraverso carta stampata e internet</i>	219
SIMONETTA MARUCCI <i>Topolino è grasso o magro? Obesità infantile e fattori di rischio</i>	241
CATERINA RENNA <i>La prevenzione dei DCA: “Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!”</i>	251
LUCIA BARTOLINI <i>“C’era una volta...” la diet industry</i>	265
CONCLUSIONI	
EMANUELA RAMPELLI E LAURA DALLA RAGIONE <i>Il coraggio di guardare</i>	275

PRESENTAZIONE

L'APPROCCIO AL TEMA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELL'INTERVENTO GOVERNATIVO

Di Emanuela Rampelli

*Chi non ha un orizzonte è un uomo che non vede abbastanza lontano
e perciò sopravvaluta ciò che gli sta più vicino.
Avere un orizzonte significa non essere limitato a ciò che è più vicino,
ma saper vedere al di là di questo.*

Hans Georg Gadamer

Per milioni di giovani nel mondo, il corpo ed il cibo si sono trasformati in un'ossessione, tant'è che i Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono ormai una vera e propria epidemia sociale.

Anoressia, Bulimia, Binge eating sono gravi patologie che si stanno diffondendo a macchia d'olio per la concomitanza di diversi fattori che agiscono su ragazzi e ragazze già fortemente a rischio.

Tra questi fattori vanno considerati in maniera rilevante quegli agenti socio-culturali, dominanti nel mondo occidentale, che propongono immagini femminili stereotipate, vincolate ad una magrezza estrema, ad un concetto di iper efficienza e di controllo, trascurando la sensibilità, l'affettività ed il rapporto con l'altro che sono, invece, le cose più importanti.

Nell'ultimo decennio si è attribuita grande enfasi alla necessità di sviluppare programmi che possano svolgere un'azione preventiva nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare: un obiettivo difficile da perseguire soprattutto per la presenza di fattori di rischio e di diffusione (in particolare stili di vita e modelli culturali) molto difficili da contrastare, a maggior ragione se il mondo su cui è necessario agire è quello degli adolescenti.

L'adolescenza è, infatti, un momento molto particolare in cui oltre ai cambiamenti fisici che ogni ragazzo ed ogni ragazza devono affrontare si aggiungono quelli più prettamente psichici. Per questo motivo spesso si parla di crisi adolescenziale: per evidenziare questi processi di crescita che investono il rapporto con se stesso e quello con il mondo esterno. È un momento importante da cui comincia la definizione della propria identità attraverso un percorso di affrancamento dalle figure genitoriali, di ricerca della propria autonomia in rapporto con i coetanei.

Da un lato infatti c'è il riemergere di una realtà mentale originata dalla qualità dei rapporti interumani che il giovane ha vissuto dalla sua nascita fino alla pubertà, dall'altra si apre la possibilità a nuovi rapporti ed all'esplorazione di nuovi aspetti di sé nel mondo, successivamente ai quali si produrrà la crisi e la conseguente possibilità di scelta rispetto alla strutturazione di una propria identità.

Quanto più il compito di definire l'identità o di sperimentare ruoli o modelli diversificati poggia su esperienze pregresse deludenti, tanto maggiore sarà la possibilità che l'adolescente possa identificare il fumare, l'assumere alcol, il suo rapporto con il cibo, come un modo per migliorare l'immagine di sé e per fornire agli altri un'idea di essere adulto, emancipato e quindi in grado di gestire in modo autonomo e personale la sua vita.

Nell'entrare nel vivo di questo nostro discorso sui Disturbi del Comportamento Alimentare, che rappresentano appunto uno dei fenomeni più gravi con i quali la società odierna deve fare i conti, è necessario, in primo luogo riportare alcuni dati: la percentuale di ragazze nella fascia di età tra 14-17 che è insoddisfatta della propria immagine corporea è elevatissima; di queste una percentuale intorno al 10% reagisce a questa insoddisfazione modificando il proprio comportamento alimentare verso una restrizione e/o selezione del cibo.

È proprio da questi dati e quindi da una vera e propria emergenza che il Ministro della Gioventù ha orientato il suo impegno sin dai primi mesi della propria attività, a fianco del Ministero della Salute ed avvalendosi del prezioso contributo della comunità scientifica degli specialisti del settore, per intraprendere un'azione, il più capillare possibile, di prevenzione del fenomeno.

Con un Protocollo di Intesa firmato con il Ministero della Salute e attraverso la comune elaborazione di un Progetto nazionale "Le Buone Pratiche nella Cura e nella Prevenzione dei Disturbi Alimentari", si è inteso dare un ulteriore impulso e concretezza agli obiettivi della prevenzione sociale.

Il progetto prevedeva due filoni importanti. Una parte dedicata alle Buone Pratiche di cura (Good Practices) nel settore dei Disturbi Alimentari con una azione di sorveglianza sulla patologia, la costruzione di una Mappa dei Servizi dedicati attraverso un censimento nazionale ufficiale, la redazione di un documento di Buone Pratiche. Ciò ha determinato la costruzione di un sito, curato dai due Ministeri, www.disturbialimentarionline.it in cui la mappa dei servizi e delle associazioni, facilmente consultabile, costituisce oggi un punto di riferimento importantissimo per i tanti cittadini che, a vario titolo, hanno a che fare con queste patologie. Il secondo filone della ricerca era invece dedicato alla prevenzione dei Disturbi Alimentari. Abbiamo appena detto che tali malattie hanno radici profonde nei vissuti di chi ne è affetto, ma sono anche l'espressione del malessere prodotti da agenti socio-culturali propri del mondo occidentale.

Per questo motivo e per analizzare i diversi fattori di rischio si è strutturato un progetto che indagasse quattro grandi aree del vivere sociale e che hanno una particolare influenza sulla formazione giovanile: la scuola, lo sport, la diet industry ed il mondo dei media.

Ogni area ha visto la realizzazione di 2 progetti (8 in totale) finalizzati alla sensibilizzazione,

formazione e informazione delle categorie coinvolte e sono stati affidati a servizi pubblici ed associazioni con esperienza specifica nella cura e nello studio dei DCA .

È stata la prima volta che si è potuta realizzare un'azione così completa ed estesa che esplo- rasse, sotto ogni aspetto, un fenomeno così preoccupante ed in così rapida diffusione. A tale campagna di prevenzione hanno collaborato in sinergia soggetti pubblici e del privato so- ciale in tutto il territorio italiano.

La prima area coinvolta nei progetti di prevenzione era quella della scuola, in cui adulti e giovani sono stati coinvolti per comprendere fino in fondo dinamiche e ruoli.

I progetti di questa area sono stati realizzati dall'Associazione Jonas Onlus di Milano e dal- l'Università La Sapienza di Roma ed erano costituiti da interventi di informazione e preven- zione dei DCA con cicli di incontri rivolti agli studenti, agli insegnanti e ai genitori con il fine di svolgere un delicato compito che da una parte sensibilizzasse gli adulti a costruire rap- porti interumani validi con i ragazzi, dall'altra lavorasse con i ragazzi a comprendere le pro- prie difficoltà sia nel rapporto con il proprio corpo sia nella relazione con l'altro.

Come è emerso da altri progetti di prevenzione realizzati dal Dipartimento della Gioventù, è importante sottolineare che anche i Disturbi del Comportamento Alimentare, dovreb- bero rientrare tra gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nell'ambito dei di- sturbi dell'età evolutiva.

Scegliere la scuola come luogo prioritario d'incontro dei giovani ma anche come raro ambiente in cui adulti e ragazzi si trovano a confronto, ha assunto un significato davvero rilevante.

Se si forniscono strumenti idonei a diagnosticare, o semplicemente a conoscere e riconoscere, più o meno evidenti segnali di disagio quando ancora sono tali, allora si sarà compiuta quel- l'opera di sensibilizzazione che è alla base di ogni serio programma di prevenzione primaria.

La prevenzione, infatti, è caratterizzata da interventi tesi ad evitare i fattori di rischio che au- mentano la possibilità che una persona sviluppi una malattia e ad espandere i fattori pro- tettivi che riducono, invece, le possibilità che una persona sviluppi quella malattia attraverso l'individuazione e la predisposizione di strumenti idonei.

In quest'ottica e con il fine di implementare le tipologie di interventi attuati nella scuola, si è colta l'opportunità di estendere le attività di prevenzione ad un progetto nato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Rieti, promosso e finanziato dal Ministro della Gioventù ed attuato in sei Istituti Superiori di Rieti e Provincia. L'obiettivo principale di que- sto intervento era quello di svolgere un'attività di prevenzione con gli alunni di sei Istituti Su- periori, di cui quattro situati in città e due nel territorio della Provincia, attraverso il rafforzamento dei fattori di protezione rispetto ai fattori di rischio legati alle patologie ali- mentari. Inoltre, si è inteso lavorare in modo più ampio sul concetto di prevenzione del di- sagio giovanile cui possono correlarsi comportamenti a rischio quali l'abuso di alcool, l'uso di sostanze stupefacenti, o tutti quegli atteggiamenti autolesivi, che non sono altro che la manifestazione palese di un disagio profondo espresso attraverso ogni forma di dipendenza. Parallelamente si è svolta un'attività di formazione rivolta agli insegnanti degli stessi istituti, in particolar modo di quelli degli alunni che hanno partecipato al progetto di prevenzione, che

è stata improntata al perseguimento di tre obiettivi specifici:

- percorso conoscitivo delle problematiche legate ai DCA;
- capacità di riconoscimento e lettura di un disagio di alcuni alunni che, se individuato precocemente, avrà una minore possibilità di sfociare in una patologia;
- acquisizione di maggiori strumenti per modificare atteggiamenti e modi di pensare, lavorando per aumentare la capacità di ascolto dell'insegnante.

D'altra parte, come già sottolineato, la scuola rappresenta un luogo di riferimento per alunni, insegnanti, operatori scolastici e famiglie; per questo motivo è necessario che la stessa recuperi la sua funzione di agenzia privilegiata nella promozione della salute e del benessere dei giovani attraverso il potenziamento dei processi di partecipazione e collaborazione, basilari ai fini di una crescita sana dell'adolescente.

La seconda area investigata era quella collegata al mondo dello sport e vi hanno contribuito il Centro Pilota regionale per lo studio e la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare della ASOU San Giovanni Battista di Torino con un intervento sugli insegnanti delle scuole di danza e la Cooperativa Sociale Il Minotauro di Milano con un intervento sugli istruttori di centri sportivi e delle palestre. Da numerose indagini cliniche risulta, infatti, che per una sottopopolazione femminile lo sport può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di un disordine alimentare, soprattutto in quelle discipline agonistiche in cui il controllo del peso è uno degli elementi utili al miglioramento della performance.

Tra le attività sportive poste al centro degli interventi, rientrano la danza, la ginnastica artistica, il nuoto, il mondo delle palestre. Il fine che ci si era prefissati era quello di aumentare la consapevolezza di insegnanti ed operatori sulle correlazioni tra la pratica di queste attività, i messaggi da loro comunicati e l'insorgenza del Disturbo del Comportamento Alimentare tra gli atleti.

Alla terza area, quella che riguardava la cosiddetta industria della dieta (diet industry), hanno lavorato il Centro per la cura dei DCA dell'Ospedale Niguarda Cà Grande di Milano e l'Associazione Salomè Onlus di Lecce. In questo filone progettuale si è esplorato il mercato delle diete analizzando e misurando l'impatto che queste ultime hanno sulla popolazione, con particolare riguardo a quella giovanile, particolarmente sensibile alla esigenza di adeguarsi agli stereotipi della magrezza veicolati dai modelli socio-culturali. L'analisi è risultata funzionale alla costruzione di un percorso di informazione e formazione critica nei riguardi di proposte mendaci o fraudolente, finalizzata a contrastare l'omologazione ai modelli proposti dalla società che spesso passa attraverso il ricorso ai mezzi più disparati impiegati per la riduzione del peso corporeo.

Nella quarta area, quella dedicata ai mezzi di informazione, gli interventi - ad opera dell'Associazione ABA di Milano e dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma - hanno riguardato i mezzi di informazione che ricoprono un ruolo decisivo nel trasmettere messaggi positivi e negativi sui diversi aspetti legati ai Disturbi del Comportamento Alimentare. Ad una azione di informazione e sensibilizzazione svolta nei confronti degli operatori dell'informazione (giornalisti Tv, Radio,

Internet e Stampa), si è affiancata la realizzazione e diffusione di un documento contenente le indicazioni e conoscenze corrette, utili a disegnare una comunicazione sociale appropriata. Parallelamente, sempre in materia di comunicazione, si è affiancata una attività di monitoraggio della rete volta a contrastare da un lato la proliferazione dei siti pro-ana (siti che inneggiano alla anoressia) o pro-mia (che inneggiano alla bulimia) e dall'altro a offrire una piattaforma online che, con un linguaggio vicino ai giovani, funzionasse da mezzo di informazione e controinformazione, di ascolto e di orientamento. Il progetto, gestito dall'Ospedale Bambino Gesù di Roma, ha svolto e svolge tutt'ora una attenta azione di vigilanza sulla realtà davvero inquietante dei siti pro Anoressia e, in generale, di contro-informazione all'interno della rete sulle tematiche legate all'alimentazione, al rapporto con il cibo, al contrasto di stereotipi molto dannosi che influenzano negativamente i nostri giovani (www.tupuoi.org).

Le quattro aree investigate dal progetto nazionale nel dialogo tra partner pubblici, istituzionali, operatori del privato sociale e dell'associazionismo hanno composto così, tra le righe dei numerosi articoli e saggi che sono stati qui presentati, un insieme unitario, arricchito dallo scambio continuo e dai rimandi che hanno consentito di prendere in considerazione il fenomeno in tutta la sua complessità.

Tutto questo lavoro svolto sia al livello nazionale che europeo ha dato luogo alla realizzazione della I Conferenza Europea sulla salute ed il benessere dei giovani che si è svolta a Roma nel giugno 2010. I punti fondamentali, approfonditi nel corso dei lavori delle sessioni strutturate, hanno riguardato proprio i Disturbi del Comportamento Alimentare, Alimentazione ed Attività Motoria per la promozione di stili di vita salutari ed anche la Comunicazione di tali tematiche. Giovani rappresentanti dei Forum Nazionali dei Stati Europei, esperti ed Istituzioni si sono confrontati per individuare le priorità e gli strumenti idonei ad affrontarle, hanno condiviso esperienze ed approcci metodologici.

L'impegno che il Ministro della Gioventù aveva assunto al termine della Conferenza era quello di dare continuità all'intervento di contrasto sui Disturbi Alimentari attraverso l'attivazione di un portale ed un numero verde che potesse offrire informazioni ed indirizzi a coloro che, ad ogni titolo, vivessero tali problematiche.

Nel 2011, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'ASL2 dell'Umbria, il Portale (www.chiediloqui.it) ed il Numero Verde di informazione per i cittadini affetti da tale problema (800180969) sono stati definitivamente progettati. Il numero verde è già attivo, mentre il Portale sarà tra breve online. Inoltre, il prodotto di uno dei progetti appena conclusi, la Mappa dei Servizi DCA, contribuirà a rendere più semplice e appropriato il percorso assistenziale dei pazienti e delle loro famiglie.

Questo volume è rivolto, oltre che agli addetti ai lavori, anche a tutti gli operatori che a vario titolo si occupano delle aree individuate (insegnanti, giornalisti, addetti alla formazione nel mondo dello sport) e nasce dall'idea di raccontare una serie di esperienze ed i loro risultati, sperando che tali materiali siano utili alla realizzazione di campagne ed interventi su tutto il territorio italiano con il fine di contrastare il diffondersi di tali patologie.

INTRODUZIONI

IL PROGETTO “LE BUONE PRATICHE DI CURA E LA PREVENZIONE NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE”

di Teresa Di Fiandra

Il Ministero della Salute ha avviato, nel maggio 2007, il programma “*Guadagnare Salute - Rendere Facili le Scelte Salutari*”, finalizzato alla promozione di strategie intersettoriali, informative ed operative, che mirassero a modificare comportamenti inadeguati predisponenti e favorenti l’insorgenza di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

La consapevolezza, infatti, che molti nemici della salute si possono combattere con azioni semplici e quotidiane (non fumare, mangiare in modo sano ed equilibrato, non abusare delle bevande alcoliche, e ricordare che l’organismo richiede movimento fisico) ha portato ad elaborare piani di azione preventiva sinergici e coordinati.

Molti fattori di rischio per la salute sono conosciuti e prevedibili, ed esistono politiche ed interventi efficaci che possono agire specificamente su di essi e globalmente sulle condizioni socio-ambientali per ridurre considerevolmente l’incidenza di morti premature, malattie e disabilità che gravano inevitabilmente sulla società.

Politiche efficaci per la promozione di stili di vita salutari sono in grado oggi di mettere a punto nuove strategie e moltiplicare gli sforzi per invertire alcune tendenze, anche imparando da errori che possono essere stati commessi nelle passate programmazioni.

Il governo nazionale e le Amministrazioni regionali e locali sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno praticabili quelle nocive, anche attraverso l’attivazione di:

- processi informativi, per aumentare il senso di responsabilità e di consapevolezza dei cittadini;
- piani strategici intersettoriali per migliorare gli ambienti di vita;
- allocazione mirata di risorse specifiche, per sostenere azioni esemplari volte ad accelerare, a livello locale, l’inizio di un cambiamento nel contesto di vita e di relazione.

Tutto questo sempre tenendo presente che molti dei comportamenti nocivi che determinano malattie che gravano sul sistema socio-sanitario, hanno le loro cause al di fuori di esso e, dunque, per contrastarli sono necessarie politiche che richiedono il concorso di attori diversi.

È necessario quindi il coinvolgimento di diversi Ministeri che, ciascuno per le proprie competenze, vanno a supportare il Sistema Sanitario e ad integrarne le azioni.

Allo stesso modo le Amministrazioni decentrate, mettendo al centro dell’azione le strutture più vicine all’utenza consentono ad esse di giocare un ruolo decisivo nell’orientare i cittadini a prediligere stili di vita salutari.

Dati reperibili tanto nella letteratura internazionale che in quella italiana segnalano, in

modo ormai incontrovertibile, come percentuali elevatissime di mortalità, disabilità, ma anche di spesa sanitaria, siano attribuibili a processi morbosi che hanno in comune gli stessi fattori di rischio, i quali a loro volta possono essere modificati con opportuni interventi sui comportamenti, individuali e delle comunità.

Alla luce delle considerazioni che scaturiscono da questo quadro di riferimento, il 19 settembre 2007 il Ministero della Salute ed il Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio hanno sottoscritto un *Protocollo di Intesa*, nell'ambito appunto del programma *"Guadagnare salute"*, finalizzato, tra gli altri obiettivi concernenti la promozione di stili di vita salutarì, a contrastare la diffusione tra i giovani dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), ed in particolare di Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN).

Nei mesi successivi, sulla base di tale Protocollo, sono stati elaborati gli accordi relativi alla stesura di un progetto nazionale denominato *"Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare"*, il cui obiettivo era l'implementazione di specifiche azioni conoscitive, preventive e di supporto alla costruzione di reti assistenziali efficienti nel settore.

Il finanziamento a carico del Ministero della Salute è stato garantito dal "Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie" (CCM), ed coordinamento scientifico del progetto è stato affidato alla Regione dell'Umbria.

Per la prima volta si è sviluppato un programma che cercasse di affrontare in modo articolato e mirato un problema così complesso come quello dei DCA, e si è dato inizio ad una campagna di prevenzione nazionale su questo tema.

Il Progetto ha previsto il coinvolgimento di 13 centri, pubblici e privati, aggregati nel contesto di due filoni di lavoro, uno centrato su azioni volte al miglioramento della assistenza negli aspetti di appropriatezza ed efficacia ed un altro, a cui questo volume è rivolto invece alla sperimentazione di azioni esemplari di prevenzione.

Una rapidissima sintesi di quanto realizzato nell'ambito della sezione focalizzata sui percorsi di trattamento può essere funzionale alla comprensione del suo interfacciarsi con le esperienze portate avanti nella sezione incentrata sulla prevenzione.

Già nel 1998 la "Commissione di Studio del Ministero della Salute per l'Assistenza ai pazienti affetti da AN e BN" aveva pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento dei DCA. Questi indirizzi programmatici ipotizzavano quattro livelli di trattamento, a seconda delle necessità di intervento correlate al bisogno e alla fase di evoluzione della patologia (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera), prospettando l'istituzione di una futura rete assistenziale su tutto il territorio nazionale. Da allora diverse Regioni si erano attivate, anche se in modo molto diversificato.

Il progetto nazionale *Le Buone Pratiche nella cura e nella prevenzione dei DCA* si proponeva, nella specifica parte relativa alla "cura", di effettuare uno studio che consentisse di analizzare l'offerta di servizi pubblici presenti sul territorio nazionale e di costruirne una mappa dettagliata, organizzata per singola Regione e singola Provincia, in grado di fornire indicazioni sulle caratteristiche organizzative, sulla tipologia di prestazioni e sul livello di integrazione tra i diversi servizi afferenti alla stessa realtà organizzativa.

Lo studio avrebbe consentito di comprendere, attraverso una conoscenza più puntuale del-

l'offerta esistente, le necessità di potenziamento, ampliamento, integrazione dei servizi sull'intero territorio nazionale.

La mappa, aggiornata e dettagliata dei servizi pubblici e convenzionati su scala nazionale, e delle associazioni dedicate, che da anni operano nel territorio italiano nell'ambito dello studio e ricerca sui DCA, è stata pubblicata e resa disponibile sul sito www.disturbialimentarionline.it, e costituisce oggi un importante punto di riferimento non solo per le persone affette da tali patologie, ma anche per i familiari e per gli operatori di settore.

Un secondo obiettivo, di portata non inferiore, è stata la realizzazione di una sorveglianza epidemiologica sulla diffusione dei disturbi e sulle caratteristiche dei pazienti affetti da DCA, effettuata attraverso una rete di servizi di accreditata esperienza.

Questa sorveglianza ha fornito una vasta gamma di informazioni su fluttuazioni diagnostiche, nonché su caratteristiche delle patologie e degli utenti dei servizi, tutte potenzialmente preziose per corrette programmazioni regionali.

I Centri di riferimento che hanno effettuato la Sorveglianza sono stati individuati sul territorio nazionale sia in base alla loro distribuzione geografica sia in base al livello di integrazione dei servizi erogati, con una predilezione per quelle realtà che avessero attivato tutti i quattro livelli di intervento già citati: ambulatorio, day-hospital/semiresidenza, ricovero residenziale extraospedaliero, ricovero ospedaliero.

I cinque centri selezionati sono:

- ASL 10 Veneto Orientale – Portogruaro: DCAP Servizio per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso
- ASL 2 Savonese – Pietra Ligure: Centro a valenza regionale per i Disturbi dell'Adolescenza e del Comportamento Alimentare
- ASL 2 dell'Umbria – Todi: Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare “Residenza Palazzo Francisci”
- ASL Roma E – Rete Integrata di trattamento per i Disturbi del Comportamento Alimentare
- ASL 3 della Basilicata – Lagonegro: Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso “G. Gioia” di Chiaromonte

Anche in questo ambito, il coordinamento nazionale del progetto è stato affidato al Centro dei Disturbi Alimentari – “Palazzo Francisci” di Todi – ASL 2 dell'Umbria.

In ottemperanza a quanto previsto dal terzo obiettivo, il progetto ha anche prodotto un documento finale che, raccogliendo le Buone Pratiche in materia di cura dei DCA, potrà rappresentare un punto di riferimento e stimolo per l'aggiornamento e/o la ridefinizione delle Linee Guida emanate nel 1998.

Di fatto il Progetto “Le Buone pratiche di cura” ha rappresentato una importante occasione di studio e di azione propositiva mirata al complessivo miglioramento della rete assistenziale, in modo da promuovere interventi in grado di soddisfare la domanda di salute dei cittadini, in termini di appropriatezza degli interventi e di accessibilità alla diagnosi e alle cure, con una risposta adeguata, efficace ed omogenea per i pazienti di tutto il territorio nazionale.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UN'EPIDEMIA DELLA MODERNITÀ

di Laura Dalla Ragione

*Io non voglio il mondo o soldi,
non voglio nemmeno che gli altri si ricordino di me o mi dimentichino,
voglio il mio presente visto che il passato è come uno specchio in frantumi.
Guardo le mie ferite e mi dico: oggi non doveva andare così:
non dovevo vomitare, non dovevo picchiarmi, tagliarmi nemmeno
e non dovevo trasformare la mia tristezza in rabbia.*

Camilla, 15 anni Marzo 2009

I Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia, Bulimia e Disturbo da Alimentazione Incontrollata) costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale (Gordon, 1990), ma la loro diffusione si accompagna anche ad un'importante modificazione delle caratteristiche psicopatologiche. I Disordini Alimentari sembrano interpretare un disagio diffuso nella modernità che si declina ormai in forme ogni volta diverse.

Due milioni di persone in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. I Disordini Alimentari colpiscono prevalentemente il sesso femminile rispetto a quello maschile in un rapporto di 10:1 e nella fascia di età delle giovani donne tra i 12 e 25 anni la patologia colpisce il 10% della popolazione. È un numero impressionante: su 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete (Ministero della Sanità, 1998).

I dati epidemiologici comuni a tutte le ricerche internazionali indicano per la prevalenza un rapporto femmine/maschi di 9 a 1 e per l'incidenza un aumento della patologia bulimica rispetto a quella anoressica. Uno degli studi più estesi, effettuato in Inghilterra da Turnbull (Turnbull et al., 1996) attraverso un'indagine su una popolazione di 4 milioni di individui, con la collaborazione di medici generici, conferma il dato di un netto interessamento del sesso femminile rispetto a quello maschile e mostra come il disturbo bulimico abbia una più elevata età d'insorgenza rispetto al disturbo anoressico.

Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei Disturbi del Comportamento Alimentare, all'interno degli alberi decisionali delle nosografie condivise. Le sindromi più frequenti sono, infatti, ormai molto lontane dai quadri classici cosiddetti puri: Anoressia Mentale, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Sono com-

parsi anche se in misura ridotta disturbi alimentari maschili, assenti fino a 10 anni fa, con espressioni nuove della patologia (Bigoressia e Ortoressia) e disturbi infantili con forme purtroppo estremamente severe e difficili da trattare.

Oltre alle mutazioni delle prevalenze dei vari Disturbi assistiamo anche ad un trasformarsi della patologia dei singoli pazienti: sempre più frequentemente osserviamo una migrazione da un sintomo all'altro nell'arco della storia patologica dello stesso paziente. A tutt'oggi il 50% dei soggetti anoressici manifesta sintomi anche bulimici. Viceversa Agras (1994) riferisce che, in studi controllati di bulimia, tra il 25 e il 35% dei pazienti hanno già sofferto di anoressia, ma senza averne presentato a lungo i sintomi. Inoltre le forme del disturbo sono andate mutando, proprio come un virus insidioso: all'iniziale caratterizzazione "astinente" dell'anoressia (dove il disturbo si esauriva esclusivamente nel digiuno) ha fatto seguito, attorno agli anni Settanta, l'innesto di alcuni comportamenti tipici del versante bulimico; negli anni Ottanta sono aumentati i casi di bulimia normopeso e il disturbo è andato progressivamente evolvendosi verso forme multi compulsive, con l'aumento di abuso di alcool e di droghe, di gesti autolesionistici e di disturbi della condotta.

Non è un caso che nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, sia stata inserita un'altra categoria che è quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali, chiamate anche subcliniche o più correttamente subliminali, in cui sono presenti alcuni ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia, che sono in questo momento molto frequenti. Tra i quadri atipici, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (dall'inglese *Binge Eating Disorder*, Bulimia senza contromisure di compenso e quindi con un grande aumento di peso) ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità (Todisco, Vinai, 2008). Le due principali patologie (Anoressia e Bulimia) rappresentano dunque oggi gli estremi di un *continuum* fenomenologico, lungo il quale trovano posto tutta una serie di configurazioni intermedie, ibride, passibili di un'esistenza autonoma rispetto ai disordini "ufficiali" e non necessariamente di essi predittive.

I cambiamenti socio antropologici: quando ad ammalarsi è un'epoca

Cos'è che nel nostro secolo ha facilitato la diffusione dei Disturbi del Comportamento Alimentare più che nell'epoca passata? Gordon ne ha parlato in termini di un'epidemia sociale, facendo riferimento proprio alla peculiarità di questi disturbi di sfruttare trasformazioni antropologiche e culturali di un certo periodo storico come mezzo per comunicare il proprio disagio.

Oggi questa difficoltà è presente in milioni di giovani donne nel mondo e si avvale del culto della magrezza per divenire condivisibile. Ma è anche capace di sfruttare le evoluzioni tecnologiche che segnano la nostra epoca per esprimersi arrivando a fenomenologie cliniche nuove ed impensabili fino a pochi anni fa i (pensiamo al mito del corpo magro ma anche alla diffusione che in internet hanno avuto i siti pro-Ana). I mutamenti dei principali quadri psicopatologici si prestano dunque perfettamente ad esprimere quelli che sono stati i cambiamenti strutturali di un'epoca segnata da trasformazioni culturali e innovazioni tecnologiche senza

precedenti che inevitabilmente hanno influenzato e condizionato la vita di molti uomini. In un mondo che sembra governato, anche negli aspetti più intimi dell'esistenza, da mezzi esterni (come i media e i modelli culturali ad essi connessi), il peso, le forme corporee e le preoccupazioni per l'apparenza in genere sono diventati gli strumenti di ancoraggio di molti, sorta di salvagenti per rimanere nel mondo. Mai come in questa epoca il corpo è diventato, luogo intimo ed estraneo allo stesso tempo, il teatro dove si gioca la partita dell'identità. Abbiamo sempre meno familiarità con noi stessi e la grammatica visiva del nostro tempo ci spinge a vedere il corpo e la nostra immagine come un oggetto che non ci piace mai abbastanza, che si può e si deve perfezionare.

Lo scontro tra il nuovo imperativo culturale (essere belli e magri) e i modelli estetici limitati e limitanti che assorbiamo, hanno fatto sì che i corpi nella nostra epoca abbiano bisogno di attenzioni costanti. Sono diventati non solo il veicolo e il luogo che ci permette di vivere, ma sempre di più sempre più un prodotto personale continuamente da migliorare, da levigare. La ricostruzione del corpo tramite esercizi, spiritualità, diete, consulenza genetica e chirurgia estetica ha assunto connotazioni estreme, quasi morali (Stagi, 2008).

Come afferma il filosofo delle idee Paolo Rossi: "Una folla di filosofi e antropologi e psicologi e psicoanalisti e psichiatri ha insistito, negli ultimi decenni, sugli effetti deleteri provocati dall'immagine di un corpo emaciato che viene divinizzato fino a configurarsi come un'entità da raggiungere posta a un'infinita distanza e, per questa ragione, mai raggiungibile" (Rossi, 2011).

Perché una patologia al femminile?

Nei Disturbi del Comportamento Alimentare c'è un'evidenza a favore di fattori storici facilitanti l'espressività di fattori naturali del disturbo. Le pressioni sociali agiscono attraverso i messaggi contraddittori sul ruolo della donna comunemente filtrati dai mass-media e dagli imperativi sociali subliminali: la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa (come la donna di ieri), ma le vengono richieste, oltre alle doti di tipo più tradizionale, anche i caratteri dell'autonomia e dell'indipendenza e della competitività, tipicamente maschili. Questo primo livello contribuisce a creare un autentico disagio psicologico in soggetti vulnerabili, che viene amplificato dalla preferenza, questa volta più evidente, per l'immagine della donna magra e scattante.

Sull'influenza dei modelli culturali alcune riflessioni sono d'obbligo. I modelli percettivi e cognitivi hanno teorizzato il ruolo dei fattori socio-culturali esclusivamente in termini di "pressione a favore della magrezza"; il significato dell'ideale della snellezza è stato spesso ignorato come forma culturale, espressione di ideali, ansie e mutamenti sociali molto più profondi di quelli puramente estetici. I media e l'industria culturale vengono regolarmente interpretati come il solo nemico capace di assoggettare giovani donne passive e influenzabili. Ma la questione non è poi così semplice.

Perché la magrezza sia divenuta un ideale culturale dominante nel ventesimo secolo è oggetto di discussione; per il sesso femminile l'anoressica incarna, in modo estremo, una battaglia psicologica tipica della situazione attuale delle donne, una situazione in cui l'azione congiunta di fattori sociali, economici e psicologici diversi ha prodotto una generazione di donne che si con-

siderano piene di difetti, si vergognano delle proprie esigenze e non si sentono autorizzate a esistere, se non a condizione di trasformare se stesse in persone nuove e degne (cioè senza esigenze, senza bisogni, senza corpo). L'anoressia rappresenta uno degli estremi di un continuum sul quale oggi si trovano tutte le donne, in quanto tutte più o meno vulnerabili alle esigenze della costruzione culturale della femminilità, per cui la cultura – la quale opera non solo mediante l'ideologia e le immagini, ma anche mediante l'organizzazione della famiglia, la costruzione della personalità, l'educazione della percezione – non concorre semplicemente all'insorgere dei disturbi alimentari ma addirittura ha un ruolo preminente nel produrli.

Ne sono conferma due aspetti singolari dei Disturbi del Comportamento Alimentare: in primo luogo, essi sono molto più frequenti nella popolazione femminile (circa il 90% delle persone che ne soffrono è composto da ragazze o donne); in secondo luogo, i disturbi alimentari rappresentano un fenomeno culturalmente e storicamente situato: nelle società industriali avanzate degli ultimi cento anni circa. Nel corso della storia, sporadicamente, sono stati documentati diversi casi isolati, ma è solo nella seconda metà dell'Ottocento che una sorta di contenuta epidemia di anoressia mentale viene menzionata per la prima volta nei resoconti medici; e una tale frequenza scompare di fronte allo straordinario dilagare dell'anoressia e della bulimia negli anni ottanta e novanta del nostro secolo.

Il quadro delineato quindi solleva dubbi sulla possibilità di potere designare l'anoressia e la bulimia secondo criteri strettamente clinici, ponendo invece l'accento sul carattere acquisito, culturalmente determinato, di tali disturbi e ridefinendo il ruolo della cultura in termini di fattore primario nella produzione dei disturbi del comportamento alimentare, e non di fattore scatenante o concomitante. La cultura non ha solo insegnato alle donne a essere corpi insicuri, continuamente alla ricerca su se stessi di segni d'imperfezione; ha anche insegnato alle donne (e agli uomini) a vedere il corpo in un certo modo: la magrezza è stata sempre decantata come un pregio da un punto di vista estetico, ogni curva e rotondità finisce per essere vista come sgradevole, come grasso inestetico che deve essere eliminato.

La nostra è una cultura in cui le diete rigide e l'esercizio fisico intenso sono continuamente intrapresi da un numero sempre più alto di ragazze sempre più giovani: addirittura di sette o otto anni; in altre parole la nostra società sta producendo una generazione di donne giovani e privilegiate con gravi disturbi mestruali, nutrizionali e mentali.

Ma come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i Disturbi del Comportamento Alimentare si manifestano solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti "alle stesse influenze culturali"; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogeneizzanti relative alla femminilità e alla bellezza femminile. Tali contenuti premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali modelli per quanto potenti possano essere. Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età e così via) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singola donna viene influenzata dalla nostra cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici, che insieme determinano la nostra posizione nel mondo e la nostra libertà.

Eziopatogenesi e fattori di rischio

*Non ho quasi mai fame neppure se vedo cose che prima mi piacevano,
perché ho paura di mangiare.
Quando vado ai supermercati mi viene l'ansia a vedere quelle montagne di cibo
che sembrano volermi soffocare e penso che la gente vive per mangiare,
allora mi chiedo: se la nostra vita dipende dal cibo, che senso ha vivere?
Vorrei mangiare ma non ce la faccio.
La mia vita è un inferno.*

Clara, 18 anni

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili (eziologia multifattoriale), nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Una loro piena comprensione deve tenere in considerazione fattori psicologici, evolutivi e biologici. Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come ad esempio la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura che associa la magrezza alla bellezza e al valore personale. Se è vero che ogni epoca ha la sua malattia, non c'è dubbio che i Disturbi del Comportamento Alimentare si prestano a rappresentare in modo straordinario quella che stiamo vivendo, connessi come sono all'immagine corporea, al significato del cibo, all'ossessione per l'apparire. Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono "la causa" dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. L'aumentata prevalenza di pazienti con disturbi dell'alimentazione probabilmente rappresenta una popolazione di individui vulnerabili che, in altri tempi, avrebbero sviluppato forme diverse di patologie nevrotiche o depressive, probabilmente stati isterici o ansiosi. In questo senso viene usata la parola patoplasticità: il disturbo è "plastico", adattabile, flessibile ai decorsi storici. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono ad abbozzare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali un'azione predisponente, modellante e formativa. Nell'Anoressia, ad esempio, c'è un'evidenza a favore di fattori facilitanti, quali possono essere variabili di debolezza e di vulnerabilità personale, e influenze socioculturali che giocherebbero un ruolo importante nel modellare la forma della malattia e i contenuti delle preoccupazioni delle pazienti. I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in

epoche remote. Ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seducente e che il problema alimentare si lega indissolubilmente all'immagine del corpo. Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne (Dalla Ragione, 2006) dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi (Rossi, 2011).

Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare, sindromi cosiddette "culture bound", legate a certe culture e specifiche di alcuni paesi. Ne dobbiamo tenere conto per valutare la patogenesi e la diffusione di questi disturbi, frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica, Giappone. Sono assenti o molto rari nei paesi poveri dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. Anoressia e Bulimia appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale, connessi, in particolare, alla costruzione dell'identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna.

La diffusione di queste patologie nei paesi dell'Est europeo (aumentata a partire dalla caduta del Muro di Berlino) del Terzo Mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale. È da notare che, nei paesi poveri, parallelamente all'aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare stanno aumentando, in misura esplosiva, i casi di obesità. Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell'alimentazione. In India, per esempio, l'aumento dei casi di Anoressia e Bulimia sembra legarsi, in modo inverso, alla diminuzione delle misure delle attrici più popolari del cinema indiano.

Il caso del Giappone è abbastanza paradigmatico: in questo paese la forte ambivalenza tra modelli culturali orientali e occidentali è documentata dalle percentuali di prevalenza dei DCA riscontrate in alcuni studi: se i sintomi anoressici sembrano essere piuttosto rari (1 caso su 500 in città e 1 su 2000 in ambiente rurale), lo stesso non può essere detto per la Bulimia, chiamata "Kibarashi-gui", la cui prevalenza varia in Giappone dal 2,1 al 3,6% a seconda della zona considerata.

Fluttuazioni e migrazioni diagnostiche: i Disturbi non Altrimenti Specificati

Negli ultimi anni, anche a causa dell'incremento della fluttuazione della sintomatologia clinica da un disturbo all'altro, c'è sempre più difficoltà a rientrare nei criteri diagnostici per un disturbo specifico e la classe dei Disturbi Non Altrimenti Specificati (altrimenti detti EDNOS dall'acronimo inglese per *Eating Disorders Not Otherwise Specified*) è divenuta il contenitore di una moltitudine di modalità di presentazione clinica arrivando a non costituire più una categoria residuale ma la categoria di disturbi alimentari maggiormente incontrata nella pratica clinica (Fairburn et al., 2005).

In un'epoca in cui il cibo è diventato un nemico e le paure si sono moltiplicate (cibi tossici, allergie, intolleranze) si configura una enorme popolazione che utilizza queste paure per

rappresentare angosce più profonde e insostenibili. Alcuni comportamenti, che inizialmente passano inosservati, diventano progressivamente ossessioni e anche se non portano alla morte riducono in modo significativo la qualità della vita. La testimonianza che segue ne è una precisa rappresentazione.

Salve, mi chiamo Sara e sono una ragazza di 23 anni che ha dei problemi alimentari; non dico disturbi perché nei vari articoli che ho potuto leggere in rete, non si menziona qualcosa di simile al mio caso.

Ho un'alimentazione non equilibrata perché le uniche cose che mangio sono carne, uova, pane, pasta - prevalentemente con la passata di pomodoro (i pelati non li mangio) - e tra i formaggi solo la mozzarella, la ricotta e il formaggio fuso. Il parmigiano lo mangio solo grattugiato e in mezzo ad altri cibi: a pezzi, da solo, non lo mangio. La quasi totalità delle verdure e della frutta è assente nella mia alimentazione.

Quando mangio non sono io che decido di non volermi cibare di frutta e verdura, ma è qualcosa più forte di me che mi blocca e m'impedisce di essere razionale verso queste categorie di cibo.

Per essere più chiara: quasi tutto il cibo che non mangio non l'ho mai assaggiato, e quando è capitato, raramente, di assaggiare, sono stato molto sospettosa e a disagio.

L'ho osservato da distanza molto ravvicinata, l'ho annusato più e più volte, l'ho riosservato e riannusato... Insomma, dato che non riesco a trovare delle soluzioni (ho chiesto al mio medico di famiglia ma mi ha parlato di capricci...)

Ma io soffro di un disturbo alimentare?

Sara

Sara non rientra in nessuno degli alberi diagnostici tradizionali e per la medicina non avrebbe un disturbo alimentare, eppure la sua sofferenza è indiscutibile e il suo rapporto con il cibo terribile e invalidante. Gli EDNOS presentano caratteristiche cliniche molto simili a quelle osservabili nell'anoressia e nella bulimia nervosa da cui si differenziano per l'entità della sintomatologia o per la combinazione di caratteristiche appartenenti a disturbi differenti (Crow et al., 2002). Sono disturbi, cioè, dove gli elementi necessari alla diagnosi sono presenti solo in parte, ma che comportano per la persona che ne è affetta, come abbiamo visto nella testimonianza, indubbie sofferenze e soprattutto necessitano di una terapia adeguata.

La sorveglianza del Ministero della Salute e del Ministro della Gioventù 2008-2010 sulla popolazione affetta da Disturbi Alimentari in Italia ha mostrato come, da un punto di vista epidemiologico, vi sia una netta prevalenza di EDNOS o sulla popolazione generale? (Ministero della salute, 2011). Sta accadendo nel panorama dei Disturbi Alimentari quello che è accaduto nel mondo delle tossicodipendenze, dove da una dipendenza totale e invasiva si è passati ad una tossicodipendenza del "Sabato sera" e cioè ad un uso saltuario di sostanze anche pesanti, meno devastante apparentemente ma in realtà molto insidioso e pericoloso.

Questi fenomeni infatti sia nel campo delle dipendenze che in quello dei Disturbi Alimentari creano una enorme difficoltà nella diagnosi precoce del disturbo e costituiscono fattori di rischio severi per una cronicizzazione del disturbo. Il recente riscontro di una prevalenza elevata di EDNOS anche nella popolazione infantile e tra gli adolescenti hanno inevitabilmente sollecitato molti studiosi ad ampliare anche ad una categoria residuale il proprio interesse scientifico e sono numerosi i dibattiti ed i lavori scientifici che auspicano una revisione strutturale delle categorie diagnostiche dei disturbi alimentari per il DSMV.

Il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha dimostrato che ci sono motivi reali di ottimismo nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, solo se lo stesso è condotto da specialisti del settore che interpretano un modello di intervento altamente strutturato, che include l'approccio nutrizionale, l'approccio psicologico, il lavoro con la famiglia.

Gli orientamenti internazionali e nazionali degli esperti in materia considerano ormai indispensabile un approccio interdisciplinare integrato per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare, che si è dimostrato più efficace nella cura e nella riabilitazione di tale disturbo. La Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa, ha pubblicato nel 1998 alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di queste condizioni.

Secondo tali indicazioni la terapia dei DCA deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati. Sono necessarie strutture di cura, in cui collaborino sistematicamente figure professionali diverse: internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici, dietisti, privilegiando, senza mai escludere l'altro, il versante somatico o psichico a seconda delle fasi della malattia. Il programma terapeutico ai vari livelli deve essere di tipo multidisciplinare, prevede cioè la collaborazione di più figure professionali che lavorano in una équipe congiunta, con una presa in carico globale del paziente, adottando le stesse tecniche di intervento e un linguaggio comune con i pazienti. A seconda della gravità del quadro sono necessari livelli di assistenza diversi: ambulatorio day-hospital, ricovero in ospedale in caso di urgenza, trattamento residenziale e semiresidenziale per il programma riabilitativo. Non c'è dunque un livello terapeutico migliore di un altro ma a seconda della gravità un intervento può essere più appropriato di un altro. Tale rete, completa delle sue parti, consente di fornire ai pazienti un percorso assistenziale coordinato e complessivo, valutando attentamente l'utilizzazione dei vari gradi di assistenza durante le diverse fasi della terapia. Le evidenze scientifiche ci indicano che i fattori che maggiormente influenzano l'andamento delle terapie non sono collegati alla severità della patologia ma piuttosto alla precocità dell'intervento terapeutico e alla continuità delle cure. Il trattamento ambulatoriale rimane il trattamento d'elezione nel 60% dei casi, ma per essere efficace deve essere effettuato da un équipe che comprenda tutti gli aspetti sopra citati psicologici, internistici, nutrizionali e di terapia o sostegno della famiglia. Quanto più l'intervento è integrato e coordinato, tanto più si ottengono risultati favorevoli. In altre parole, un buon lavoro psicologico svincolato da qualunque supporto nutrizionale e da una pianifica-

zione dietologica, o viceversa un buon lavoro sul piano dell'alimentazione non connesso agli aspetti emotivi ad essa associati, hanno entrambi sicuramente meno probabilità di efficacia di un lavoro intrecciato, in cui la paziente possa contemporaneamente affrontare le problematiche corporee e quelle psicologiche.

Un trattamento ambulatoriale ben coordinato non può durare meno di due anni, proprio perché non è solo il peso o il sintomo a dovere essere modificato ma ciò che muove internamente il disturbo. Ci sono casi, quando le condizioni cliniche si aggravano che rendono il ricovero in ospedale necessario. Va fatto in strutture ospedaliere preparate ad accogliere questo tipo di pazienti e per il minore tempo possibile. Anche in questo caso è necessario che, oltre ai clinici, sia presente almeno in consulenza una figura psicologico-psichiatrica che possa aiutare la gestione del paziente e dei suoi genitori.

Una forma intermedia di assistenza è il Day-Hospital, dove il paziente svolge un programma diurno che permette di svolgere una riabilitazione psiconutrizionale, senza interrompere la propria normale quotidianità. Può essere utile per ragazzi molto giovani, dove c'è una buona motivazione e dove il contesto familiare sia abbastanza solido. Una volta che il paziente esce da una fase critica è necessario avere a disposizione una struttura extraospedaliera che possa consentire un programma di riabilitazione psiconutrizionale residenziale. Il trattamento residenziale può rappresentare infatti o il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o una alternativa al ricovero stesso che soprattutto per ragazzi molto giovani, a volte bambini, può determinare gravi effetti secondari. La durata della degenza varia dai 3 ai 5 mesi ed è tale da consentire un recupero ponderale e la costruzione di una consapevolezza della patologia che possa essere accettata dalla paziente.

L'accesso alla struttura viene stabilito dall'équipe su proposta del medico curante, dei servizi territoriali, direttamente su richiesta della paziente o dei genitori della stessa. È necessaria l'adesione dei pazienti al programma con incontri preliminari di motivazione e con la costruzione di un contratto terapeutico ben stabilito, che viene sottoscritto dalla paziente e, nel caso sia minore, anche dai genitori della stessa.

Il programma riabilitativo residenziale ha caratteristiche di alta specializzazione ed intensità assistenziale: l'organizzazione della giornata è estremamente strutturata, sia nella attenta gestione dei pasti, che in attività volte a fare riacquisire ai pazienti una gestione della alimentazione corretta. Il programma prevede diverse fasi assistenziali sia dal punto di vista psicologico che nutrizionale. La riabilitazione nutrizionale a qualunque livello di trattamento è strettamente connessa a quella psicologica: l'una non procede senza l'altra e la contemporaneità dell'intervento terapeutico garantisce una efficacia senz'altro maggiore rispetto a quella delle terapie condotte singolarmente.

Nel trattamento del disturbo alimentare è necessario "farsi largo" attraverso gli aspetti somatici, che altrimenti potrebbero invadere completamente la scena psichica, impedendo quindi qualunque accesso ai processi e alle dinamiche emotive del disturbo. I contenuti mentali sono completamente sommersi dai digiuni forsennati, dagli squilibri elettrolitici, dall'estenuante ricorso al vomito autoindotto. E, soprattutto, dall'ideazione ossessiva, martellante, persistente, instancabile che opprime chi è affetto da un disturbo alimentare. Non è

ipotizzabile pensare di attendere la remissione di questa sintomatologia, prima che i contenuti psichici possano diventare accessibili e utilizzabili nel lavoro psicoterapeutico. È necessario dedicare tempo ed energie all'aspetto nutrizionale, corporeo ed internistico del paziente e considerare questo aspetto del trattamento fondamentale quanto quello psicologico. È per questo che è indispensabile un lavoro di equipe estremamente coordinato.

Le Linee Guida internazionali e tutta la letteratura ci dicono che i farmaci hanno un effetto molto limitato nel trattamento della bulimia e del DAI, e praticamente nessuna efficacia nella terapia dell'Anoressia Nervosa. Possono essere utili nel caso di una compresenza di altri disturbi psichiatrici, per esempio in presenza di un grave quadro depressivo, non secondario alla malnutrizione o di disturbo da attacchi di panico ma vanno usati con grande prudenza vista anche la giovane età delle pazienti.

Uno degli aspetti più difficili da gestire per i pazienti e i loro familiari è sicuramente quello della continuità delle cure tra un livello di assistenza e un altro. Cosa succede ad esempio quando un paziente, seguito in ambulatorio, si aggrava e deve quindi essere ricoverato in ospedale o in residenza? Sarebbe quindi auspicabile che questo processo di transizione tra un livello e l'altro fosse gestito interamente dall'équipe dei curanti, concordando con la famiglia e il paziente questo passaggio e rassicurando tutti sul fatto che l'eventuale cambiamento del progetto terapeutico non è necessariamente negativo, ma può costituire un altro gradino verso la guarigione.

Questo significa che in ogni Regione dovrebbe essere presente una rete di intervento, completa in tutte le sue parti che possa consentire delle cure accessibili a tutti i pazienti affetti da tale patologia. In realtà la mappa ufficiale dei servizi pubblici e privati dedicati al trattamento dei Disturbi Alimentari pubblicata dal Ministero della Salute e dal Ministro della Gioventù* indica una diseguità di assistenza tra regioni davvero molto grande e che è necessario colmare.

Quasi una conclusione

I Disturbi del Comportamento Alimentare ci introducono dentro le contraddizioni più inquietanti del corpo femminile. Non solo nell'illusione che la magrezza sia garanzia di felicità e sicurezza di sé, ma che la lontananza dal corpo, la manipolazione estrema, la perdita dei confini dell'identità corporea, ci portino ad un'idea meccanicista e riduzionista del corpo - macchina da smontare e rimontare, con un disinvestimento drammatico nei confronti di ciò che è vivo, della carne ridotta ad un insieme di ingranaggi senza anima (Enslar, 2005). La base psichica che fonda il disturbo è questa idea onnipotente di controllare corpo, emozioni ed anima, che viene rinforzata dalla reale possibilità, qui ed ora, di farlo e dal consenso etico condiviso dal mondo globale.

La dimensione corporea di queste giovani donne, ma in fondo condivisa da tutte le donne del nostro tempo, è apparsa, come una forma di ideologia ancora più potente (Foucault, 1978), nella deriva di tutte le ideologie del postmoderno, ancora più pericolosa. Il corpo è

* La mappa dei Servizi pubblici e privati convenzionati dedicati ai DCA è stata redatta nell'ambito del Progetto nazionale *Le Buone Pratiche nella cura e nella prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare*, pubblicata dal Ministero della Salute e dal Ministro della Gioventù nel 2010 e consultabile sul sito www.disturbialimentarionline.it.

oggi il luogo dove il potere si esprime e dove esercita la maggiore repressione, quella più insidiosa, trasversale, nella normalità della vita e in ogni luogo del pianeta. Contrastare questi disturbi significa anche modificare realmente il nostro modo di pensare e abitare il corpo e aiutare milioni di giovani donne a non essere perennemente esuli da loro stesse.

Bibliografia

- Agras W.S., *Disorder of eating: anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. Manual of Psychiatric Therapeutics*. Boston: Shader 2 ed Little, Brown, 1994.
- Crow S.J., Agras W.S., Halmi K., Mitchell J.E., Kraemer H.C., "Full syndromal versus sub-threshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: a multicenter study", *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2002), pp. 309-318.
- Dalla Ragione L., Bianchini P., *Il Cuscino di Viola*, Diabasis, Reggio Emilia 2006.
- Enslar E., *Il corpo giusto*, Marco Tropea Editore, Milano 2005.
- Fairburn C.G., Bohn K., Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV, *Behaviour Research and Therapy* 43 (2005) 691-701.
- Foucault M., *La volontà di sapere*, ed. it., Feltrinelli, Milano 1978.
- Gordon R.A., *Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Ministero della Sanità: Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa. *Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie)*, 1998; III;1,2,3:9-20.
- Ministero della Salute e Ministro della Gioventù, *Le Buone Pratiche nella cura e nella Prevenzione Sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare*, dati in corso di pubblicazione, 2011.
- Rossi P., *Mangiare. Bisogno desiderio ossessione*, Il Mulino, Bologna 2011.
- Stagi L., *Anticorpi. Dieta, Fitness ed altre prigioni*, Franco Angeli, Roma 2008.
- Todisco P., Vinai P., *La fame infinita*, Centro Scientifico Editore, Roma 2008.
- Turnbull S., Ward A. et al., "The demand for eating disorder care, An epidemiological study using the general practice research database", *British Journal of Psychiatry*, 1996; 169: 705-12.

LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE IN AMBITO DCA: QUATTRO AREE DI INTERVENTO

di Paola Bianchini

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono largamente riconosciuti come patologie fortemente connesse alla presenza di modelli culturali e di costume, tanto da essere stati definiti “*culture bounded*”. Se da un lato il mondo dei media e l’essere permeati di una cultura che promuove, idealizzandoli, aspetti e costumi piuttosto irreali, tanto da costituire un’importante causa della componente patogenetica del disturbo alimentare, alimenta e dà forma a questo disturbo, dall’altro non è possibile negare che ci si trovi di fronte al dramma del fallimento di un buon processo di organizzazione identitario. Il disturbo alimentare si esprime simbolicamente attraverso il corpo, ma è evidente che non è il corpo ad essersi ammalato, anche se ne paga conseguenze molto importanti; è come se la persona sostituisse l’esperienza della sofferenza con la comparsa dei sintomi, delegando alla malattia, come se fosse altro da sé, il duro ed insopportabile compito di parlare o di tacere al mondo un dolore psichico muto e molto spesso rimasto inascoltato.

Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L’attenzione estrema all’immagine corporea, il culto della magrezza non sono “la causa” dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere più profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. La forma che una patologia può assumere in un dato periodo storico è sicuramente sottoposta alle trasformazioni che questa epoca esprime. La declinazione della sofferenza è dettata da trasformazioni culturali ed è intimamente collegata alle nuove forme del disagio e alla loro evoluzione. Viene da domandarsi se questo numero così imponente di pazienti affetti da disturbi dell’alimentazione rappresenti davvero un’entità nosografica a sé stante o se non sia costituito in verità da una popolazione di individui vulnerabili che, in altri tempi, avrebbero sviluppato forme diverse di patologie depressive o psicotiche, o ancora che siano, come altri affermano, un’eredità dell’antica isteria.

Queste domande non sono un puro esercizio intellettuale, si tratta piuttosto di questioni che presentano una rilevanza non secondaria nel modo in cui viene affrontato il disturbo. Questa reciproca risonanza tra la forma assunta da una patologia e i tempi in cui questa si sviluppa, è stata oggetto di importanti riflessioni da parte di autori come Jaspers (1964) che, per definirla, utilizzava la parola *Zeitstil*, per indicare lo stile particolare di una malattia secondo i tempi, o anche Russel (1985) che esprime lo stesso concetto con il termine *patoplasticità*.

Si può quindi affermare che esiste una sorta di evoluzione che però, nel caso del disagio psi-

chico e in generale della malattia mentale, è caratterizzata da un andamento, come direbbe il paleontologo S.J.Gould (1983), puntiforme e poco lineare, simile a una sequenza di catastrofi e grandi sparizioni: l'isteria scompare improvvisamente nel '900 e fanno la loro comparsa altre grandi sofferenze della psiche, quali depressione e Disturbi del Comportamento Alimentare. In questo senso viene usata la parola *patoplasticità*: i disturbi sono plastici, adattabili, flessibili ai decorsi storici; la forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale si iscrivono. Fattori patoplastici sono quindi tutti quelli che concorrono a delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa. Emerge nello stesso tempo una certa variabilità delle forme patologiche, una molteplicità irriducibile di forme e presentazioni, di ritmi, di decorsi evolutivi che variamente si completano, si contrappongono, si implicano.

La comparsa di nuove forme patologiche, o meglio di nuove strutture patologiche, appare inestricabilmente connessa con il problema delle ricorrenti ricombinazioni, secondo modalità di volta in volta differenti, di questi tempi, di questi ritmi, di queste direzioni evolutive. Rintracciamo all'interno di questi disturbi una serie di analogie con altre patologie, ma nello stesso tempo la qualità psicopatologica delle sindromi ci appare come irriducibile alle nosografie conosciute. La storia naturale delle malattie si incrocia inevitabilmente con il processo storico degli esseri umani nel loro complesso e storia umana e scienze naturali ritornano sotto questo punto di vista a mostrarsi come luoghi meno antitetici di quanto storicismo e idealismo da un lato e neopositivismo e riduzionismo fiscalista dall'altro teorizzassero.

Ci dice Gould: "Gli organismi non sono palle da biliardo messe in movimento da forze esterne, semplici e misurabili, e che dirigono sul tappeto verde delle vite verso nuove posizioni prevedibili. Gli organismi hanno una storia che pesa sul loro avvenire in molteplici modi" (1985). Questa idea della natura come processo storico, però, espressione di vincoli e di possibilità, trasformazione del vivente differenziato e mutante si è dovuta affermare nel corso dei secoli percorrendo una lunga strada, non priva di ostacoli. Nei Disturbi del Comportamento Alimentare, ad esempio, c'è un'evidenza a favore di fattori storici facilitanti l'espressività del disturbo, quali possono essere variabili di debolezza e di vulnerabilità personale, e influenze socioculturali che giocherebbero un ruolo importante nel modellare la forma della malattia e i contenuti delle preoccupazioni delle pazienti. La cultura non ha solo insegnato agli individui a essere *corpi insicuri*, continuamente alla ricerca di segni d'imperfezione; ha anche insegnato alle donne (e agli uomini) a vedere il corpo in un certo modo: la magrezza è stata sempre decantata come un pregio da un punto di vista estetico, ogni curva e rotondità finisce per essere vista come sgradevole, come grasso inestetico che deve essere eliminato; alla luce di questa analisi, non è che l'anoressica percepisca in modo errato il proprio corpo, piuttosto ha appreso perfettamente gli standard culturali dominanti relativi al modo in cui percepirlo. La nostra è una cultura in cui le diete rigide e l'esercizio fisico intenso sono continuamente intrapresi da un numero sempre più alto di ragazze sempre più giovani: addirittura di sette o otto anni, secondo alcune ricerche; in altre parole la nostra società sta pro-

ducendo una generazione di donne giovani e privilegiate con gravi disturbi mestruali, nutrizionali e mentali.

Ma come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i Disturbi del Comportamento Alimentare si manifestano solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti "alle stesse influenze culturali"; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogeneizzanti e normalizzanti relative alla femminilità e alla bellezza. Tali immagini premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali immagini, per quanto potenti possano essere. Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età e così via) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singolo individuo viene influenzato dalla nostra cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici che, insieme, determinano la nostra posizione nel mondo e la nostra libertà. Ancora più fortemente questi disturbi sono ancorati alla visione del mondo più diffusa nel nostro emisfero. È questo che ci spiega perché queste pazienti sono così tenacemente attaccate al loro sintomo, anche se le porta alla morte.

La visione del mondo di ciascuno, del resto, non somiglia ad un patrimonio accumulato nel tempo, e non si edifica come un palazzo a dieci piani, piuttosto è una raccolta di strumenti, di abiti concettuali, di modelli di comportamento, di apparati decisionali, ma soprattutto la nostra idea del mondo si fonda su un'abitudine, una sorta di "rituali epistemologici" sui quali poggia e insiste ogni nostro giudizio di realtà. Quello che Hume chiama "la grande guida della vita umana", riferendosi a qualcosa che non ha fondamento di razionalità, ma che determina comunque ogni nostra azione. Questo spiega il perché dell'attaccamento estremo ad un'idea radicata, intensa, credenza epistemologica e nucleo psicopatologico nello stesso tempo.

Di fronte ad un disturbo così insidioso e complesso, parlare di prevenzione è assumersi un compito molto impegnativo, ma di cui non si può non sentire l'urgenza. La prevenzione, anche in campo DCA, è caratterizzata da interventi tesi ad evitare i fattori di rischio cioè quei fattori che aumentano la possibilità che una persona sviluppi una malattia, e a rinforzare i fattori protettivi, diminuendo la possibilità che una persona sviluppi una malattia; dall'equilibrio fra essi si determina la vulnerabilità di un individuo nei confronti di una malattia. I fattori di rischio si dividono in Fattori Individuali: genere, età, sovrappeso, aspettative esagerate, perfezionismo, difficoltà nel processo di separazione-individuazione, rifiuto del corpo e della sessualità, esagerata attività sportiva, abusi; Fattori Familiari: disturbi dell'umore, alcolismo, obesità della madre, vischiosità; Fattori Socio-culturali, caratteristiche e valori culturali occidentali: competitività esasperata, richiesta di prestazioni straordinarie, esaltazione della magrezza.

Allo stato attuale delle ricerche e degli studi effettuati, non si ha un'indicazione particolare rispetto all'individuazione di specifici fattori di rischio ai quali rivolgere i programmi di prevenzione. Non è facile prevedere se dalla combinazione di alcuni fattori di rischio e non di altri, in stadi evolutivi diversi, potrà comparire l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione e risulta un compito molto arduo, ai fini preventivi, tentare di individuare soggetti già portatori di leggeri sintomi premonitori, in modo da intercettare la possibilità dell'insorgenza della patologia.

Proprio in tal senso, rintracciare quattro aree sulle quali intervenire per cercare di modificare, non solo gli stili di vita, ma il mondo delle idee, cioè il sistema di valori di riferimento attraverso il quale le persone si percepiscono, si valutano e organizzano la propria esistenza, sembra essere la forma di prevenzione più efficace. Essere-nel-mondo, infatti, non è un'esperienza diretta, non significa starci dentro come una cosa, ma assumere il mondo come orizzonte del proprio progetto esistenziale. La progettualità umana è definita trascendenza, che non è un comportamento possibile tra i tanti, ma la stessa costituzione fondamentale del nostro essere nel mondo. D'altro canto, il mondo non è una cosa, ma il campo di scelte e possibilità, ed a questo dovremmo educare attraverso interventi di prevenzione per ogni forma di disagio.

Nel rapportarci alla realtà, come ricorda Musil ne *L'uomo senza qualità*, non dovremmo dimenticare lo spazio di apertura verso la possibilità: "Chi voglia varcare senza inconvenienti una porta aperta deve tener presente il fatto che gli stipiti sono duri: questa massima alla quale il vecchio professore si era sempre attenuto è semplicemente un postulato del senso della realtà. Ma se il senso della realtà esiste, e nessuno può mettere in dubbio che la sua esistenza sia giustificata, allora ci dev'essere anche qualcosa che chiameremo senso della possibilità. Chi lo possiede non dice, ad esempio: qui è accaduto questo o quello, accadrà, deve accadere; ma immagina: qui potrebbe, o dovrebbe accadere la tale o tal altra cosa; e se gli si dichiara che una cosa è com'è, egli pensa: beh, probabilmente potrebbe anche esser diverso. Cosicché il senso della possibilità si potrebbe anche definire come la capacità di pensare tutto quello che potrebbe essere, e di non dar maggior importanza a quello che è, che a quello che non è [...]".

In questo spazio di apertura esistenziale si apre agli altri la possibilità di trovare sé stessi e realizzarsi, in questo orizzonte si inserisce la possibilità tra le possibilità che è quella di assumersi la responsabilità di dare la vita e curarsi di un'altra vita. Mettersi in dialogo stretto con le agenzie della moda, dello sport, della dieta e della scuola per affrontare l'insorgenza della patologia, cercando di interrogarsi sulle possibili distorsioni dei messaggi veicolati dalle stesse, rappresenta una grande occasione di fare medicina in senso umano, dalla parte di un guadagnare salute, cioè rendersene responsabili.

Bibliografia

- K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1964.
S.A. Russel, *Fame una storia innaturale*, Codice, 2006.
S. J. Gould, *Quando i cavalli avevano le dita*. Misteri e stranezze della natura, Feltrinelli, 1984.
R. Musil, *L'uomo senza qualità*, Einaudi, 2005.

Capitolo 1

GUADAGNARE SALUTE: LA PREVENZIONE GENERALE IN AMBITO DCA

Premessa

Il 19 settembre 2007 il Ministro della Salute e il Ministro per le Politiche giovanili e le Attività sportive hanno sottoscritto un Protocollo di Intesa, nell'ambito del programma Guadagnare salute, finalizzato, tra gli altri obiettivi relativi alla promozione di stili di vita salutari, a contrastare la diffusione epidemica di anoressia, bulimia e degli altri Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) tra i giovani. Sulla base del Protocollo i due ministeri hanno elaborato nei mesi successivi gli accordi relativi alla definizione di un progetto nazionale denominato "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare" mirato a implementare azioni specifiche nell'ambito della cura e della prevenzione dei DCA. Questo intervento ha consentito di conoscere ed intercettare le aree (scuola, sport, mercato delle diete e mass media) dove è maggiore la diffusione di modelli culturali che condizionano l'insorgenza della patologia.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono patologie di origine multifattoriale, una varietà di fattori ne determinano l'insorgenza, il decorso e gli esiti. Rappresentano una patologia che sta incrementando e mutando nelle forme in cui si manifesta; sono in aumento i casi insorgenti nel periodo della seconda infanzia, così pure i soggetti maschili e soprattutto si affacciano nuove forme di disagio come il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, l'Ortoressia, i Disturbi non Altrimenti Specificati ed alcune condotte ad essi associate come le tossicomanie e l'autolesionismo. Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei Disturbi del Comportamento Alimentare, negli alberi decisionali delle nosografie condivise; oltre alle mutazioni delle prevalenze dei vari Disturbi Alimentari, assistiamo, infatti, anche ad un trasformarsi della patologia dei singoli pazienti che sempre più frequentemente migrano da un sintomo all'altro nell'arco della loro storia patologica. La ricostruzione anamnestica del disturbo ci mostra una stessa paziente che inizia a digiunare e a dimagrire ferocemente, poi dopo un certo periodo perde il controllo e inizia ad abbuffarsi e, per cercare di contenere l'aumento di peso, inizia ad usare il vomito autoindotto; successivamente può utilizzare l'iperattività fisica o lassativi e diuretici, che sono, tra l'altro, una delle cause di morte più frequenti.

Nonostante tutte queste sfumature, alla base di tutti i disturbi si può riscontrare la presenza di un unico nucleo psicopatologico: l'ossessione per il controllo del corpo, ottenuta attraverso tutti i mezzi, possibili e immaginabili. Il filosofo Galimberti, interrogandosi su quale

possa essere il generatore principale di tanta sofferenza giovanile, si rifà al concetto nietzschiano di *nichilismo* per descrivere l'ospite inquietante che avrebbe invaso la nostra società: un disagio che non riguarda più il singolo individuo, ma un'intera cultura caratterizzata dall'impossibilità a conferire senso e da un sentimento diffuso di insicurezza e di precarietà.

Il corpo nei processi di globalizzazione

Cos'è cambiato? Certamente lo scenario storico-culturale e con lui la vita di chi è costretto ad abitarlo, laddove i valori fondamentali di un tempo si sono trasformati, primo fra tutti quello della famiglia.

Rispetto alle trasformazioni dei mondi familiari, Scabini e Cigoli sostengono una sostanziale trasformazione del processo di transizione alla genitorialità, si diventa genitori meno e più tardi di un tempo e in maniera completamente diversa rispetto al passato, la genitorialità è un passaggio scelto, non spontaneo, ma programmato e spesso non si colloca all'interno di un patto matrimoniale. Tutti questi cambiamenti sono avvenuti molto rapidamente e in assenza di certezze; è come se gli individui fossero rimasti un po' più indietro rispetto alle trasformazioni imposte dal loro tempo, faticando a trovare un proprio ancoraggio, i valori trasmessi dalla nuova società mediatica si prestano, quindi, come sostituti dei valori assenti. Ecco allora che il corpo diviene protagonista; è un corpo, curato, lucidato, scolpito, corpo-oggetto in cui vanno a canalizzarsi la preoccupazione di uomini e donne che, a loro piacimento, lo sostituiscono alle proprie difficoltà. Taluni si rivolgono al corpo con il desiderio esclusivo di "gonfiarlo": lo desiderano più muscoloso, più massiccio e meno snello; altri lo desiderano semplicemente "magro" esattamente come le donne anoressiche. Muscoli ipertrofici e perfettamente scolpiti costituiscono per un numero sempre maggiore di ragazzi l'obiettivo da perseguire mediante estenuanti allenamenti e frequentazioni assidue delle palestre: sono i *bodybuilders*, i culturisti, uomini che si presentano attraverso la propria muscolatura e che talvolta per questa mettono in pericolo la propria salute, sottoponendosi ad ore di esercizio fisico estremo, restrizione alimentare ed assunzione di sostanze illecite come gli steroidi anabolizzanti. Da sempre, una muscolatura accentuata ha rappresentato un simbolo di virilità e potenza; qualcosa di questa percezione, però, diventa ossessione, si trasforma in un disagio psichico cui diamo oggi il nome di bigorexia, un Disturbo del Comportamento Alimentare prevalentemente maschile che sembra dar voce al disagio di un'epoca.

Naturalmente non tutti i giovani che amano la palestra o che praticano il culturismo si ammalano, ad ammalarsi di disordini alimentari fortunatamente sono relativamente pochi, ma potremmo rischiare e affermare che ad ammalarsi è stata un'epoca, nelle cui vene scorrono incertezze, demotivazione, perfezionismo e narcisismo. I genitori raccontano che i loro figli preferiscono starsene nella loro stanza, generalmente in compagnia di playstation, computer, televisore. Il telefonino è ammesso, ma più per mandare SMS che per comunicare direttamente. La voce umana, loro come quella degli altri, li turba, come ogni altra manifestazione di corporeità, come ogni cosa che viva e respiri, e non sia attaccata ad una presa elettrica. Non vanno a tavola a mangiare (sempre più spesso, però, non c'è neppure

più una tavola familiare attorno alla quale sedere, ognuno mangiucchia per conto suo), ma sgranocchiano il cibo che la famiglia passa loro dalla porta della camera in cui vivono. Non hanno storie sentimentali concrete, con persone con le quali passano il tempo, scambiano emozioni, vivono desideri. A volte hanno però scambi virtuali, via internet, con persone che non hanno mai visto, e con le quali si aprono sul vuoto e la noia che caratterizza la loro vita. I più vitali mettono in rete un blog, dove raccontano la loro comoda, ma non per questo priva di dolore, via crucis.

Raramente, però, i genitori si dicono che questi figli sono malati, e cercano di farli curare. Anche perché riconoscere la loro malattia vorrebbe dire riconoscere le proprie responsabilità. Ciò che manca, di solito, è la consapevolezza della necessità di unire l'attenzione affettiva per i figli ad uno sguardo critico sul mondo in cui vivono e sugli stimoli cui sono sottoposti. Bisogna infatti essere molto distratti per non accorgersi di cosa accade se si lasciano i ragazzi preda dell'automatismo del consumo, in una situazione di benessere familiare. Rapidamente, playstation, tv e computer diventano barriere tecnologiche che occupano tutta l'attenzione, separandoli dal mondo vivente, quello dei corpi e degli odori, dei sapori e delle emozioni. Il mondo delle loro macchine parlanti diventa così più familiare di quello degli esseri umani (non programmati), la cui imprevedibilità spaventa.

La famiglia dovrebbe rappresentare la casa, l'origine, il luogo della memoria dove si custodisce il nostro passato e si costruisce il nostro futuro. Per sapere chi siamo dobbiamo conoscere da dove veniamo, anche nel rifiuto o nell'abbandono, c'è bisogno di questo lento e severo lavoro di ricerca sulla nostra identità familiare. Ed è proprio per questo che la famiglia dovrebbe garantire una stabilità, essere un porto che prepara al largo, che fa spazio alla costituzione di altri legami, la famiglia non è un'ancora, non è una zavorra o almeno non dovrebbe esserlo, dovrebbe essere l'arco che tende le sue frecce per mandarle lontano, nel mondo, nella vita. Ma è come se gli individui avessero perso la capacità di gestire questa complessità: o si resta ancorati alla propria famiglia, non sganciati né differenziati da essa o si disfa, in modi sempre più violenti e crudi.

Dovremmo saper considerare di essere degli esuli all'interno delle proprie famiglie, siamo ospitati da una patria che non è mai la nostra, perché la dimora vera è la strada che percorriamo per trovare la nostra vita. Ma tutto questo spesso viene vissuto come inconciliabile, la libertà che si fonda sulla capacità di stare nei legami, viene presa come assenza di vincoli, responsabilità, negazione dei desideri ed è qui, in questo errore concettuale che si annida la falla del sistema familiare: o resto fedele alle ragioni della famiglia o servo i miei desideri. Desideri che appaiano spropositati, ingiustificati di fronte al giudice severo che rappresentano gli sguardi degli altri familiari e allora si scappa, si spezza, si distrugge pur di far emergere qualcosa di sé. Le famiglie appaiono molto disorientate nella riorganizzazione degli aspetti emotivi più incandescenti dei loro membri, come se non riuscissero a mantenere in vita i legami con energia, passione ed affetto e molto spesso divengono famiglie assettiche che rifiutano le emozioni profonde: il dolore, la disperazione, la gioia e la passionalità. Una sorta di morte dell'affetto, la scomparsa della sensibilità corrisponde a quelle situazioni interiori che la medicina chiama in senso lato "depressione", in particolare a quelle depressioni

più gravi caratterizzate appunto non tanto dalla tristezza, quanto dall'impossibilità di provare affetti e di compiere tutti quegli atti che richiedono una partecipazione affettiva e volitiva, una progettualità, una volontà di "andare avanti". La "morte dell'affetto" è una situazione di disinvestimento, di sospensione della vita, di perdita di coesione del sé e di isolamento interpersonale quasi artistico che difende il soggetto dal dolore mentale a cui lo esporrebbe qualsiasi rapporto autentico con se stesso e con la propria vita e questa è una delle caratteristiche della patologia da disordine alimentare.

Viviamo in una condizione di continua stimolazione e produzione di desideri, un investimento continuo a breve termine che si fissa su oggetti o idee predefinite ed immediatamente disponibili. Tutto questo produce naturalmente, dietro l'apparenza di cambiamento e di novità continua, una sostanziale immobilità. Il cambiamento è limitato alla superficie delle cose ed è sostanzialmente conservatore. Si tratta per la verità di una forma di impotenza. L'elemento conservatore è dato da una continua ed immediata alternanza tra evocazione di un desiderio predefinito, standardizzato e un appagamento immediato. Una continua produzione di senso di mancanza e una continua produzione di senso di piacere.

Come in un supermercato globale

L'induzione di desideri passa attraverso una distorsione della differenza di genere, nella costruzione dell'identità maschile attraverso piani culturali e sociali difficilmente controllabili. Il bullismo, ad esempio, riguarda ragazzi e ragazze, con episodi inquietanti riportati dalla cronaca di ragazzine di 11 e 12 anni che distribuiscono immagini di se stesse mentre fanno sesso con i coetanei. Esiste un'anticipazione femminile ma anche maschile dell'adolescenza, cosiddetta *tweening* (adolescenza retrodatata) dove in realtà i prodotti o i programmi televisivi rivolti a quattordicenni vengono fruiti da bambini di otto anni. Si chiama *entry point*, ed è il punto di ingresso di una marca e di un prodotto, creando desideri e bisogni sempre più precoci e fittizi. Ciò su cui vale la pena riflettere, da questo punto di vista, è che la componente più forte del desiderio, quella che connette il desiderio ad una forza di trasformazione sociale, non coincide affatto con l'appagamento o con il semplice principio del piacere. Si struttura quella che può essere definita l'ideologia del supermercato globale, che ovviamente ha i suoi più manipolabili interlocutori nei ragazzi e nelle ragazze di questa opulenta parte del mondo, dove un equivoco di fondo li trasforma in vittime del consumo.

L'ideologia del supermercato globale infatti è fondata su due fantasie. La prima riguarda un eccesso di fiducia nel volontarismo, nella forza di volontà come possibilità di autoplasmarsi e di autodeterminarsi. In realtà per i processi di cambiamento non è importante che cosa possiamo conoscere o decidere razionalmente, quanto che qualcosa avvenga in noi, che qualcosa ci muova completamente, dal punto di vista della comprensione, della percezione, delle emozioni, dei sentimenti, del corpo, della mente. La seconda fantasia è che sia possibile fare e diventare qualsiasi cosa. Ovvero una fantasia di onnipotenza. In questo siamo il risultato di un'epoca che ha promosso l'idea di un individuo autonomo e imprenditore di sé, l'idea di felicità come un prodotto fra gli altri, raggiungibile al limite con l'aiuto di qualche pil-

lola e di qualche manipolazione.

In passato la società e la cultura ci dicevano, in base alla classe sociale o alla religione, chi dovevamo essere. Questo ci forniva da un lato un certo senso di sicurezza e di tranquillità, dall'altro, essendo un elemento costringente, ci procurava anche una buona dose di nevrosi. All'opposto, oggi, la cultura dominante ci illude reclamizzandoci continuamente una molteplicità infinita di rappresentazioni e possibilità. Ci vuole convincere che possiamo sperimentare qualsiasi cosa, essere qualsiasi cosa, fare qualsiasi cosa. Nell'epoca del mercato e dell'individualismo ogni desiderio sembra ugualmente possibile e desiderabile. Non ci sono limiti o tabù di sorta. Tutto è apparentemente realizzabile. Crediamo che basti allungare la mano e sforzarsi con la buona volontà. Allo stesso tempo, poiché nessuno ci dice cosa essere o ci regala un'identità preconfezionata, noi diveniamo anche responsabili di chi siamo, di quello che diveniamo di fronte a noi, agli altri, alla società. Essere noi stessi diventa un compito, un'impresa. Ma, alla resa dei conti, l'altra faccia di quest'idea di onnipotenza risulta essere una sorta di impotenza, incapacità a vivere. Vogliamo cose che non riusciamo ad ottenere. Ci sentiamo insufficienti, impotenti, inadeguati, stanchi e andiamo in panne. Non possiamo determinarci a nostro piacimento. L'impotenza a vivere si manifesta quando scontriamo l'idea di una possibilità illimitata con la presa di coscienza dei nostri limiti. Scopriamo che c'è un limite non padroneggiabile. C'è un margine di noi stessi che rimane non manipolabile. Come dice Alain Ehrenberg all'interno della persona c'è sempre un "lembo d'inconoscibile" che non può sparire del tutto. Il delirio di onnipotenza, ovvero partire dall'infinità di possibilità anziché dal rispetto per il lembo d'inconoscibile che portiamo dentro noi stessi, ci condanna ad una ricerca di senso continua, come il compito più alto dato all'uomo.

Una vera ricerca esistenziale ed una politica del desiderio partono non da una semplice mancanza che si può colmare a piacimento, ma da una condizione accettata di incompiutezza intrinseca alla nostra parzialità e originalità e alla nostra dipendenza dagli altri, così come da una nostalgia del futuro. C'è sempre qualcosa di assente che ci tormenta, qualcosa che ci incanta, che ci impedisce di bastare a noi stessi e ci spinge a cercare ancora per noi e per gli altri. Si tratta di un desiderio vitale di fondo, di una tensione e di un'apertura senza determinazioni prevedibili. Noi possiamo mantenere una tensione ideale, un orizzonte di senso, una direzione interiore ispirata a qualcosa di non ancora raggiunto. È la disponibilità verso qualcosa che non conosciamo, che è più grande di noi e che è sempre appena di là da venire. Una direzione comune piuttosto che una meta raggiungibile da soli. Qualcosa che lascia spazio appunto alla relazione, all'ascolto di sé, all'imprevisto, al caso. Un desiderio di cui non possediamo un'immagine. In fondo, per diventare più umani, per rendere più umano il mondo, basterebbe accettare il destino della nostra condizione di tragedia e di gloria. La patologia da disordine alimentare mette in scena il dramma e l'impotenza di accettare questa destinazione, è come se gli individui mettessero in scena lo scacco in cui l'identità è caduta di fronte alle richieste dell'esistenza.

Per questo, parlare di prevenzione di fronte ad una patologia così complessa, non può che voler dire mettere in campo risorse e saperi complessi e diversificati. Si tratta di rieducare ad un rapporto con la vita e con le grandi domande dell'esistenza, fare preven-

zione in campo DCA, non significa dare informazioni sulle cause dell'insorgenza della patologia, anzi, si è potuto riscontrare che una prevenzione in tal senso con i ragazzi rappresenta un fattore di rischio.

Prevenzione è fornire, invece, tutte quelle informazioni, a livello nutrizionale, culturale, psicologico ed esistenziale che servano da contrasto all'idea di controllo e perfezione che caratterizza la patologia. La letteratura scientifica, in sede di trattamento DCA, suggerisce un'idea di cura multidisciplinare: anche in sede di prevenzione, dobbiamo rispettare la corralità degli interventi e soprattutto dobbiamo intervenire in tutte quelle aree di rischio, dove insorgano le idee che fondano il disturbo, pur non rappresentandone la causa diretta.

PAOLO SANTONASTASO, TATIANA ZANETTI

PREVENZIONE PRIMARIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MITO O REALTÀ?

La prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) è un tema attualmente molto dibattuto, rispetto al quale clinici e ricercatori non condividono in modo unanime le loro opinioni.

I quesiti non ancora definitivamente risolti ruotano in particolare attorno al tema della possibilità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione primaria.

A partire dalla definizione stessa di attività preventiva, intesa come qualunque attività mirata a ridurre morbilità e mortalità dovute ad una patologia, vengono riconosciuti di consuetudine tre differenti livelli in base al momento in cui l'attività preventiva viene svolta. Ci si riferisce al livello primario nel caso di interventi indirizzati ai fattori di rischio per impedire o ridurre l'insorgenza o lo sviluppo della patologia; al livello secondario qualora l'obiettivo sia quello di prevenire la progressione della patologia e di ridurre gli effetti negativi causati dalla stessa, accorciando il tempo che intercorre tra esordio e richiesta d'aiuto; e al livello terziario quando si mira a ridurre l'impatto negativo di una malattia già conclamata e in corso. I punti focali dei tre diversi livelli sono quindi rispettivamente quello dell'intervento sui fattori di rischio, quello della diagnosi precoce e del ricorso tempestivo alla cura e infine quello della gestione della cronicità.

I DCA sono patologie ad eziologia multideterminata in cui numerosi fattori concorrono nel predisporre, precipitare o mantenere il disturbo. Per poter affermare che l'azione preventiva a livello primario è teoricamente possibile, sarebbe necessaria una conoscenza approfondita dei fattori più incisivi ed importanti nel determinare la malattia, ma, ad oggi, una visione precisa ed esauriente dell'intera gamma dei fattori di vulnerabilità in gioco e delle loro complesse interazioni risulta piuttosto lontana. Oltre all'identificazione dei fattori di rischio sarebbe importante dimostrare che tali fattori possano essere modificati e che il loro cambiamento comporti effettivamente una riduzione dell'incidenza del disturbo.

Se tra le classi di fattori di vulnerabilità includiamo, secondo i modelli eziopatogenetici più accreditati, fattori di tipo psicologico, culturale, familiare, biologico e di sviluppo, risulta evidente come su alcuni dei fattori di rischio ad oggi conosciuti non sia possibile intervenire, come ad esempio sui fattori genetici, familiari o di personalità.

L'area ad impatto preventivo maggiormente rappresentata è stata quindi finora, inevitabil-

* Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare - Azienda Ospedaliera, Azienda ULSS 16 di Padova - Dipartimento di Neuroscienze, Università di Padova.

mente, quella relativa ai fattori psicosociali. Data la problematicità e la complessità insite nell'obiettivo di modificare un substrato sociale, l'intento degli interventi preventivi è soprattutto quello di modificare, invece, le reazioni dei soggetti alle pressanti richieste di tonicità e magrezza. Poiché nella lista dei potenziali fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA sono inclusi fattori di tipo comportamentale e di atteggiamento quali le preoccupazioni eccessive per il proprio peso e per le forme del corpo, l'insoddisfazione corporea e il conseguente "mettersi a dieta", molti autori hanno ritenuto tali fattori il bersaglio più appropriato per gli sforzi preventivi. Ad esempio, poiché la pressione sociale alla magrezza rappresenta una forte spinta ai comportamenti di dieta i quali, a loro volta, rappresentano un possibile fattore scatenante per un DCA, lo scopo degli interventi preventivi è stato quello di diminuire nei soggetti partecipanti l'uso di diete restrittive, contrastando quindi il valore sociale attribuito all'essere magri.

Basandosi inoltre sul fatto che l'enfasi alla magrezza è una tendenza delle ultime decadi, quindi tutto sommato piuttosto recente, viene ipotizzata la possibilità di ri-orientare gli standard estetici femminili attraverso programmi che, da un lato, accrescano la conoscenza dei cosiddetti *dieting related disorders* e, dall'altro, contribuiscano a sviluppare nei soggetti a rischio maggiori capacità critiche, come la cosiddetta *advocacy*, ovvero la capacità di operare cambiamenti rispetto a norme e pressioni sociali. La prevenzione infatti può operare attraverso due tipi di interventi: l'allontanamento delle cause patologiche e il rafforzamento dei fattori protettivi. Ritenendo importante il potenziamento di fattori protettivi molti autori hanno sviluppato programmi per incentivare nei soggetti a rischio autostima, senso di efficacia, abilità di *problem solving* e capacità di resilienza (Austin, 2000; O Dea & Abrahams, 2000; Steiner-Adair et al., 2002). Poiché i DCA insorgono prevalentemente in età evolutiva e, come indica la letteratura in merito, l'età d'esordio tende ad abbassarsi (Favaro et al., 2009), i programmi di prevenzione vengono generalmente rivolti a soggetti adolescenti e preadolescenti di sesso femminile, reclutati specialmente nella scuola, considerata il luogo d'elezione per la presenza di soggetti a maggior rischio.

La metodologia usata dai diversi programmi è talmente eterogenea da risultare difficile un confronto tra studi: quando e come svolgere gli interventi, a chi indirizzarli, quali tematiche trattare e come valutarne l'efficacia può variare sensibilmente da caso a caso. Dagli studi di meta-analisi si evince che l'approccio di intervento basato sulle informazioni aumenta la conoscenza ma non ha impatto né sulla modifica degli atteggiamenti né dei comportamenti a rischio (Stice, 2004; Shaw et al., 2009; Langmessaer et al., 2009). In alcuni casi inoltre è stata sottolineata la possibile dannosità dell'intervento stesso in quanto la trasmissione delle informazioni sembra stimolare alcuni adolescenti a sperimentare comportamenti pericolosi quali diete, vomito o abuso di lassativi presentati nell'intervento (Carter et al., 1997) similmente a quanto evidenziato più recentemente da Wiggins (Wiggins et al., 2009) che, valutando programmi di educazione su gravidanze precoci, condotte tossicomane, abbandoni scolastici negli adolescenti, ha riscontrato effetti avversi.

In uno studio longitudinale condotto in tre scuole di Padova è emerso invece che fornire informazioni corrette rafforzando abilità e competenze personali non solo non incoraggia l'uso

di comportamenti a rischio per la regolazione del peso ma sembra avere un impatto positivo nel ridurre atteggiamenti di rischio come l'insoddisfazione corporea e il perfezionismo clinico (Santonastaso et al., 1999). Il programma d'intervento comprendeva sessioni di gruppo in cui venivano svolte "lezioni" tenute da esperti psichiatri e psicologi seguite da una discussione aperta in gruppo. Per un migliore impatto si è sentita l'esigenza di partire dalle conoscenze stesse dei ragazzi e di dare un'ampia risonanza nelle discussioni in gruppo alle loro idee ed opinioni, valorizzandone il contributo. Si è ritenuto importante allontanarsi da un approccio esortativo drammatizzante, ciò che i colleghi anglofoni definiscono *fear inducing approach* il cui scopo sarebbe quello di presentare contenuti (e spesso immagini) atti a spaventare. È stato infatti dimostrato che i messaggi fondati sull'induzione di sentimenti di paura e pericolosità anziché rendere incisiva l'informazione finiscono per attivare una sorta di rigetto dei contenuti proposti. Nell'intervento è stato dato ampio spazio al concetto di salute, stimolando nei ragazzi atteggiamenti e comportamenti protettivi. Per esempio una specifica sessione veniva improntata ad aumentare la capacità critica nei confronti dei modelli ideali proposti dai media lavorando direttamente sul materiale preso da riviste e spot pubblicitari, con vivace attivazione da parte degli studenti.

Un ulteriore studio svolto dallo stesso gruppo di ricerca ha dimostrato inoltre l'efficacia sull'incidenza dei DCA di un intervento preventivo condotto da insegnanti che hanno svolto un adeguato *training* formativo (Favaro et al., 2005). L'importanza di questo studio è da sottolineare soprattutto perché si tratta di uno dei rari casi di interventi di prevenzione primaria nei DCA.

La maggior parte degli studi, infatti, valuta l'impatto dei programmi basandosi sui punteggi ai questionari: se l'obiettivo focale della prevenzione primaria è di ridurre l'incidenza dei disturbi, gli unici interventi che si possono definire preventivi sono quelli che misurano l'esordio dei nuovi casi, valutando quindi se, in chi ha partecipato ad un intervento, l'esordio di nuovi casi è inferiore a chi non vi ha partecipato. Per far diagnosi di DCA non è sufficiente l'utilizzo di punteggi positivi ai test, serve invece condurre interviste cliniche sia al *baseline* sia al *follow up*. Nello studio di Favaro et al. (2005) condotto in nove classi di un Istituto Professionale di Mestre tutti i soggetti sono stati valutati oltre ai questionari *self report* tramite intervista clinica strutturata. Nel *follow up* ad un anno è risultato che i nuovi casi di DCA con sindrome piena o parziale, nelle classi che hanno svolto l'intervento, erano significativamente più bassi rispetto al gruppo di controllo, suggerendo un impatto positivo del programma svolto dagli insegnanti. In letteratura si evidenzia che a fronte di numerose iniziative a svolgere programmi "preventivi", pochi sono gli studi di valutazione dell'efficacia che includono un confronto tra campioni sperimentali e campioni rappresentativi di controllo. Da un'attenta analisi di 46 studi preventivi svolti su popolazione normale, a rischio e sintomatica emergono dati contrastanti. In sintesi viene riportato comunque un generale miglioramento rispetto alla conoscenza dei DCA mentre in relazione ai comportamenti alimentari disfunzionali, alla dieta, all'insoddisfazione corporea e all'interiorizzazione dell'ideale di magrezza gli effetti positivi risultano più esigui e non sempre confermati nei *follow up* (Langmessaer et al., 2009).

Dall'analisi emerge inoltre che gli interventi con maggior livello di efficacia sembrano essere quelli interattivi rispetto a quelli educativi-informativi, quelli selettivi rispetto a quelli che si ri-

volgono indiscriminatamente a tutti i soggetti adolescenti, quelli rivolti ad adolescenti con età superiore ai 15 anni rispetto ai più giovani, (per la necessità di aver sviluppato capacità critiche età-specifiche), quelli multisessione rispetto ai mono-sessione e quelli svolti da professionisti nell'ambito dei DCA. Dato però che ai *follow up* i miglioramenti ottenuti sembrano decadere viene rilanciata la questione: "prevenzione sì o prevenzione no?".

Si può avere una visione della complessità in tema di prevenzione dei DCA e delle relative problematiche riconsiderando i contenuti del dibattito "*This house believes we should invest much more of our limited resources into preventing eating disorders*" tenuto nel settembre 2009 a Londra, nell'ultima edizione dell'*European Council on Eating Disorders*. In questa sede è stato dibattuto dai maggiori studiosi del settore il tema dell'investimento delle risorse nel campo della loro prevenzione dei DCA. Le argomentazioni a supporto della promozione di interventi di prevenzione primaria si sono basate sulle difficoltà e sugli elevati costi del trattamento, così come sull'estrema importanza attribuita dalla nostra cultura all'immagine, col sovvertimento di valori che ne deriva. Il campo di riferimento, inoltre, non è rappresentato solo dalla cultura occidentale: l'attenzione primaria all'immagine, sembra essersi estesa, diversamente da alcuni decenni fa, anche alla cultura orientale. A questo proposito durante il *Meeting* è stato ricordato che Lin Miaoke, la bambina che ha cantato l'*Ode alla madrepatria* alla cerimonia di apertura dei Giochi Olimpici di Pechino, ha solo mimato la canzone. Il direttore musicale della serata, infatti, ha dichiarato che la piccola Lin prestava soltanto la sua immagine. La voce veniva in realtà da un'altra bambina, Yang Peiyi, con una voce più bella, ma con una dentatura non perfetta e un volto meno accattivante. Una scelta quindi di immagine più che di contenuto.

Secondo il modello socioculturale l'insoddisfazione corporea aumenta quando una persona interiorizza un ideale corporeo determinato culturalmente (specie se irrealistico ed irraggiungibile) e tanto più l'immagine ideale si discosta dall'immagine reale tanto più forte risulta l'insoddisfazione verso il proprio corpo, tanto che da un generale senso di non piacersi e non piacere si può arrivare ad un profondo senso di denigrazione di sé. Se si considera quindi l'enfasi posta sull'immagine corporea, con il forte richiamo alla magrezza, insieme allo sfruttamento di tale immagine per scopi meramente pubblicitari ed economici, ci si rende conto di quanto possa diventare importante creare una controcultura, soprattutto in soggetti particolarmente vulnerabili quali gli adolescenti. Uno degli obiettivi maggiormente condivisi da chi supporta l'idea di svolgere prevenzione primaria è proprio quello di creare dei cambiamenti significativi negli atteggiamenti, al fine di divenire più accorti e critici rispetto alle determinanti socioculturali.

Data quindi la diffusione dei DCA tra la popolazione soprattutto femminile nella fascia d'età a rischio tra i 14 e i 25 anni, data la gravità delle manifestazioni sintomatiche e la difficoltà a svolgere trattamenti, dati gli elevati costi degli stessi e gli esiti non sempre positivi e considerando infine l'elevata probabilità di ricadute, molti autori credono che valga la pena investire più risorse nell'implementare interventi di prevenzione primaria. Per contro altri ricercatori e clinici, pur consapevoli che "prevenire è meglio che curare" hanno sottolineato che non si è ancora preparati ad una azione primaria di prevenzione dei DCA.

Il principale ostacolo viene identificato nella natura stessa di tali disturbi ad eziologia multi-determinata. Nel caso di malattie "monofattoriali" l'identificazione della causa rende possi-

bile la creazione di un antidoto che, agendo direttamente sullo sviluppo della patologia, andrebbe a prevenirne l'esordio. Il vaiolo, ad esempio, è una malattia infettiva e contagiosa di cui si conosce l'agente con i suoi effetti. Si sa infatti che è causato dal "Variola Major", un virus appartenente alla famiglia degli *Orthopox Virus*. Tale conoscenza ha permesso di costruire un vaccino che ha dapprima limitato la diffusione, abbassandone il rischio di infezione, fino a debellarlo completamente. Grazie all'uso delle vaccinazioni oggi il vaiolo è l'unica malattia infettiva dichiarata eradicata dall'OMS, che nel maggio 1979 ha dichiarato il pianeta esente da vaiolo. In questo caso si può parlare propriamente di prevenzione primaria. A differenza delle malattie monofattoriali nel caso dei DCA si sente l'esigenza di approfondire la conoscenza tuttora scarsa dell'eziologia investendo maggiori risorse sulla ricerca.

Sebbene alcuni autori ritengano incoraggianti i risultati degli studi di meta-analisi dove il 51% dei programmi preventivi risulta significativo per la riduzione di almeno un moderatore tra ideale interiorizzato di magrezza, indice di massa corporea, dieta, insoddisfazione corporea, emozioni negative, e il 29% presenta una significativa riduzione dei sintomi alimentari (Stice *et al.*, 2007) c'è concordanza nel ritenere necessari ulteriori studi randomizzati sui programmi preventivi, al fine di comprendere meglio il ruolo dei fattori di rischio, dato che la relazione tra un moderatore e il suo effetto non stabilisce necessariamente la causalità del disturbo.

In conclusione, se da un lato viene sentita forte la necessità di prevenzione dato che i DCA rappresentano una condizione estremamente difficile e dispendiosa in termini di costi emotivi e sociali, la bassa incidenza dei DCA nella popolazione generale e le scarse evidenze di efficacia nel tempo dei programmi svolti non giustificano i costi elevati della prevenzione mirata ai soggetti a rischio. Il rapporto costo/efficacia dei programmi preventivi suggerisce di puntare preferibilmente sull'implementazione degli interventi di prevenzione secondaria mirata all'identificazione precoce dei soggetti a rischio e alla facilitazione della richiesta d'aiuto migliorando le procedure di invio.

A questo scopo le risorse potrebbero essere adeguatamente investite nella sensibilizzazione e nell'informazione di figure significative quali genitori, insegnanti ed allenatori per un tempestivo riconoscimento dei sintomi e nella formazione di medici di medicina generale e medici specialisti per arrivare quanto prima ad una corretta diagnosi e fungere così da "traghettatori" verso i centri di riferimento provinciali o regionali con competenza specifica in DCA.

Bibliografia

Austin S.B., "Prevention research in eating disorders: theory and new directions", in *Psychol Med.* 2000 Nov;30 (6):1249-62.

Carter J.C., Steward D.A., Dunn V.J., Fairburn C.G., "Primary prevention of Eating Disorders: might it do more harm than good?", in *IJED* 22 (1997), pp. 167-172.

Favaro A., Zanetti T., Houn G., Santonastaso P., "Engaging teachers in an Eating Disorder preventive intervention" in *IJED* 2005, Jul; 38 (1): pp. 73-7.

Favaro A., Caregaro L., Tenconi E., Bosello R., Santonastaso P., "Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa", in *J Clin. Psychiatry.*, 2009 Dec; 70(12): pp. 1715-21.

- Langmessaer L., Verscheure S., "Are Eating Disorder prevention programs effective?", in *Athl Train* 2009 May-Jun; 44 (3): pp. 304-5.
- O Dea J., Abrahams S., "Improving the body image, body attitudes and behaviours of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self esteem", in *IJED*, 28 (2000), pp. 43-57.
- Santonastaso P., Zanetti T., Ferrara S., Olivotto M.C., Magnavita N., Favaro A., "A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study", in *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (1999), pp. 46-50.
- Shaw H., Stice E., Becker C.B., "Preventing Eating Disorders", in *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N Am*; 2009 Jan; 18 (1): pp. 199-207.
- Steiner-Adair C., Sjoström L., Franko D.L., Pai S., Tucker R., Becker A.E., Herzog D.B., "Primary prevention of risk factors for Eating Disorders in adolescent girls: learning from practice", in *IJED*, 2002, Dec 32 (4): pp. 401-11.
- Stice E., Shaw H., "Eating Disorder prevention programs: a meta-analytic review", in *Psychol. Bull.* 2004 Mar; 130 (2): pp. 206-27.
- Stice E., Shaw H., Marti C.N., "A meta-analytic review of Eating Disorder prevention programs: encouraging findings", in *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3 (2007), pp. 207-31.
- Wiggins M., Bonell C., Sawtell M., Austerberry H., Burchett H., Allen E., Strange V., "Health outcomes of youth development programme in England: prospective matched comparison study", in *BMJ* 2009; 339: b2054.

EMILIO FRANZONI*, P. GUALANDI, L. IERO, L. SACRATO

I DISTURBI ALIMENTARI NELL'INFANZIA E PREADOLESCENZA: PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

Introduzione

Sempre più spesso l'evidenza clinica pone di fronte a casi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) con insorgenza in età preadolescenziale o addirittura nell'infanzia. Tale patologia si riteneva essere tipica e caratteristica del periodo adolescenziale in cui i cambiamenti fisici e psichici esercitano un forte impatto sulle strutture dell'io e sulle integrazioni e rappresentazioni di sé. L'esordio di tale disturbo è solitamente da collocarsi fra i 13 e i 25 anni, ma negli ultimi anni si sta registrando, in Italia e all'estero, un abbassamento della soglia di esordio ad un'età compresa fra gli 11 e i 13 anni con casi di insorgenza più precoce, a 7 anni.

Da una recente pubblicazione (Ravaldi, 2006) è emerso che circa il 25% delle ragazze fra i 10 ed i 15 anni riferisce di sentirsi in sovrappeso od obesa anche se per la maggior parte si tratta di soggetti normo o sottopeso; è stato inoltre rilevato che l'utilizzo di condotte compensatorie, come vomito od esercizio fisico estenuante, si affermano nelle ragazze in maniera crescente con l'arrivo della pubertà e dell'adolescenza. Questa nuova ripartizione dell'età d'insorgenza dei DCA ha condotto verso un'importante riflessione sulla patologia in sé e ad una necessaria ristrutturazione degli interventi "tradizionali" per poterli applicare alle caratteristiche ed esigenze del bambino in base alla fase evolutiva in cui si trova.

1. Il disturbo alimentare: modelli teorici e criteri diagnostici

Solitamente i manuali diagnostici, come si può osservare nel DSM-IV (DSM-IV, 1998), tendono a non presentare classificazioni specifiche ed esaustive per i disturbi alimentari nei primi anni di vita; in quest'ultimo fa eccezione la sola categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nell'Infanzia o della prima Fasciullezza.

Tale categoria, in merito alle disfunzioni alimentari ormai riconosciute, non risulta essere più sufficiente per una corretta ed adeguata classificazione delle stesse. La classe diagnostica sopra citata comprende:

- PICA: assunzione persistente di sostanze non alimentari per un periodo di almeno un mese;
- Disturbo di Ruminazione: ripetuto rigurgito e rimasticazione di cibo, presente per almeno un mese, dopo un periodo di funzionamento normale non dovuto ad altra con-

* Direttore U.O. di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna.

dizione medica generale;

- Disturbo della nutrizione: mancanza di un'alimentazione adeguata ed incapacità ad aumentare di peso o significativa perdita di peso per un periodo di almeno 1 mese con un esordio precedente i 6 anni.

Tutto ciò, non essendo sufficiente per un approccio adeguato al bambino nella sua totalità e complessità, ha portato verso la crescente ed impellente esigenza di disporre di criteri diagnostici precisi e specifici per fasce evolutive.

La prima classificazione teorica in merito ai disturbi alimentari nell'infanzia ci viene da A. Freud (1979) che li suddivide in:

- Disturbi dell'alimentazione;
- Disturbi del processo pulsionale, legati ad una discrepanza fra il programma alimentare imposta dal genitore e il desiderio del bambino;
- Disturbi dell'alimentazione legati ad emozioni conflittuali nei confronti della madre; si attribuisce così all'atto alimentare non solo una competenza comunicativa, sia della madre che del bambino, con un coinvolgimento d'intense emozioni d'amore ma anche di aggressività.

Da allora sempre di più si è riconosciuta la centralità della relazione con la madre, o in genere entrambi gli elementi della coppia genitoriale, alla base di una possibile alimentazione disfunzionale.

In seguito Bowlby (Bowlby, 1972, 1975, 1980), nella sua teoria dell'attaccamento, pose l'attenzione sulla relazione primaria fra bambino e *caregiver* asserendo che il comportamento alimentare è parte integrante della modalità d'attaccamento. In questa prospettiva l'atto nutrizionale diviene un luogo d'incontro privilegiato per l'emergere ed il progredire di un'adeguata relazione adulto/bambino; allo stesso tempo diviene anche uno scambio interattivo che porta alla costituzione di un sistema diadico di regolazione dei ritmi biologici del bambino stesso. Kreisler (Kreisler, 1985) sostenne che le forme di anoressia infantili fossero il risultato di un fallimento del funzionamento interattivo materno, in quanto regolatore dell'equilibrio psicosomatico del bambino piccolo. Questo autore distingue fra un'"anoressia comune precoce" che si sviluppa fra la fine del primo semestre e l'inizio del secondo (in concomitanza con lo svezzamento, malattie o legata all'angoscia dell'estraneo) ed un'"anoressia complessa del primo anno" che si sviluppa all'interno di un'organizzazione psicosomatica profonda che insorge nel contesto di un disturbo pervasivo dello sviluppo.

Un'ulteriore e articolata classificazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare in età prepuberale è stata proposta da Bryant-Waugh (Bryant-Waugh, 1995) che distingue l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa da altri disturbi quali: il Disturbo Emotivo di Rifiuto del Cibo, l'alimentazione selettiva, la disfagia funzionale e il rifiuto pervasivo.

Nella letteratura recente, infine, si impongono gli studi della Chatoor (Chatoor, 1996) che propone un "disturbo alimentare di separazione o anoressia infantile" nel quale il bambino, attraverso il comportamento alimentare, lotta per affermare la propria autonomia e la madre, non comprendendo le reali esigenze di quest'ultimo, si propone in modo rigido ed intrusivo nei suoi confronti. Sembra quindi confermarsi fondamentale la relazione madre/bambino, nella formazione e strutturazione di tale sintomo, mostrando così un'interdipendenza fra tempera-

mento del bambino e personalità dell'adulto. Le indagini cliniche ci mostrano che le madri dei bambini con persistente rifiuto alimentare hanno elevate aspettative rispetto al loro ruolo materno; per tali insicurezze queste tendono poi a mostrarsi eccessivamente rigide nei confronti dei figli. Tale comportamento indurrà il bambino ad associare il momento alimentare, e l'interazione con la madre, a stati emozionali negativi portando ad una difficoltà di regolazione del bisogno di cibo. La nutrizione diventa pertanto un luogo potenziale d'incontro privilegiato per l'emergere ed il progredire di una adeguata relazione adulto/bambino. L'insieme degli scambi tra la madre ed il bambino costituisce così un sistema di regolazione interattivo in cui ciascuna componente influenza e regola il comportamento dell'altro, favorendo od ostacolando l'adattamento e la crescita psicologica, proteggendo inoltre da eventuali fattori di rischio oppure trasmettendo influenze negative (Sameroff, Emde, 1989 ; Tronick, 1989 ; Zeanah, 2000).

Allo stesso modo risulta di fondamentale importanza non solo il ruolo della madre ma anche quello del padre; su questo aspetto, trascurato per molto tempo dalla letteratura internazionale, solo di recente si sta portando la necessaria, quanto fondamentale, attenzione. Il padre entra indirettamente nella relazione del figlio con la madre, passando per la realtà psichica di quest'ultima, come elemento che fa parte del suo mondo interno. Questo terzo elemento va ad inserirsi nel legame madre-figlio spezzando la continuità per favorire l'individuazione del bambino, la consapevolezza dei confini del suo corpo e la presa di coscienza di una realtà al di fuori della diade. Secondo alcuni recenti studi (Attili, 2011; Baldoni, 2005) la funzione del "maschio" è quella di aiutare la propria compagna a mantenere livelli di sofferenza e di problematicità accettabili e superabili. L'importanza del padre nell'ambito dell'attaccamento va rintracciato nel suo porsi non solo come "fattore compensativo" ma anche come "fattore di trasformazione" dei modelli operativi interni, che caratterizzano lo stile di attaccamento della moglie, per cui è in grado di condizionare sia la relazione coniugale che l'interazione madre-bambino.

2. Fase di latenza

La teoria psicoanalitica colloca nel periodo che si trova tra il declino della sessualità infantile (5-6 anni) e l'inizio della pubertà (9-10 anni) il "Periodo di Latenza"; questo è il momento in cui si ritiene si verifichi un arresto dell'evoluzione sessuale e si assiste ad una desessualizzazione delle relazioni oggettuali, alla comparsa del sentimento del pudore, della ripugnanza e all'emersione di aspirazioni morali ed estetiche. Secondo Freud (S. Freud, 1975) la fase di latenza è collegata al declino del Complesso Edipico, infatti tale momento evolutivo non può essere compreso se non in relazione alle modalità di risoluzione del complesso stesso nei due sessi. La latenza è in realtà un periodo di "riposo apparente" (Crocetti, 2002) perché in questo momento di passaggio il bambino sta realizzando un fondamentale compito evolutivo: ciò implica riconoscere ed integrare la propria identità di genere maschile o femminile, con le sue componenti fisiche e psichiche che vengono ereditate dalla relazione primaria con la coppia genitoriale. Questo è un periodo in cui il/la bambino/a vengono protetti dalla frustrazione di cercare e non trovare quegli oggetti di soddisfazione sessuale su

cui, in un secondo momento, durante l'adolescenza, verranno collocate le parti di sé complementari all'identità di genere. Attraverso le difese dell'Io disponibili in questo momento (fra le quali troviamo: sublimazione, formazione reattiva, spostamento, negazione della realtà nel fatto e nelle parole e fantasia creativa) tutto ciò che appartiene al mondo pulsionale viene momentaneamente neutralizzato. La personalità del bambino, in questa fase, appare inoltre costituita da una istanza definita "Ideale dell'Io", che tende a rispecchiare le esigenze genitoriali, e da un'ulteriore costrutto, definito "Io Ideale", che protegge il bambino dalle pulsioni e dalla soggettività tutelando l'immagine di sé e di come vorrebbe essere.

Ne consegue che il bambino tende ad adeguarsi alle richieste dell'ambito familiare in modo compiacente nei comportamenti manifesti, mentre nel suo mondo interno mantiene e supera il legame con gli oggetti di riferimento, coltivando una parte segreta di personalità dove si può permettere "esperienze trasgressive". Tali esperienze permettono al bambino di far emergere un'immagine di sé ricca delle proprie potenzialità innate, di desideri, di bisogni e di fantasie; portando, così, al compimento di un percorso di crescita che riguarderà sia i genitori che il bambino provocando in entrambi sentimenti di rabbia, sensi di colpa e fantasie di morte. Abbiamo già accennato di questo particolare momento evolutivo perché è proprio in questo periodo che si sta sempre più spesso manifestando il DCA.

3. Modalità d'intervento

Per affrontare la realtà sopra descritta, così come per poter soddisfare la continua e sempre maggiore richiesta d'assistenza ed intervento, la nostra Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, dove ha sede il Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare per l'Età Evolutiva, ha cercato di realizzare e strutturare un'équipe multidisciplinare per una presa in carico integrata ed orientata alle esigenze del paziente e della sua famiglia.

Tale équipe è composta da medici (Neuropsichiatri e Pediatri), psicologi, infermieri specializzati, tirocinanti psicologi, specializzandi in medicina, dietisti, pedagogisti e volontari. Ciascuna figura professionale, lavorando sinergicamente con e sul paziente, cerca di perseguire un obiettivo comune operando ciascuna sulle proprie aree di competenza. All'interno del modello proposto il Disturbo del Comportamento Alimentare viene così individuato come una patologia che, per essere compresa, necessita di essere affrontata considerandone sia gli aspetti clinico-biologici sia quelli psicologici; allo stesso modo viene data rilevanza all'influenza che l'ambiente sociale, culturale, così come gli aspetti relazionali intra ed extra familiari, possano rivestire nella genesi e mantenimento del disturbo.

La modalità d'intervento promossa dalla nostra équipe prevede un lavoro intensivo sia sul paziente che sul sintomo, nella sua globalità, passando anche, allo stesso tempo, attraverso l'intero sistema familiare.

Il sostegno psicologico fornito al paziente ha l'obiettivo di promuovere le risorse individuali della persona e l'acquisizione, nei soggetti più grandi, di una maggiore consapevolezza di sé e della patologia, cercando inoltre di portarlo verso un processo di modificazione del comportamento e ad una maturazione di alcuni tratti della sua personalità. Dal momento

dell'accesso alla nostra Unità Operativa il bambino viene sottoposto contemporaneamente sia a consulenze mediche che psicologiche; queste ultime comprendono sia colloqui individuali che con la famiglia. I colloqui psicologici individuali hanno l'obiettivo di fornire un inquadramento diagnostico approfondito, di comprendere il significato funzionale del sintomo rispetto alla struttura della personalità, così come rispetto alle dinamiche familiari, e di individuare i fattori predisponenti, scatenanti e perpetuanti il disturbo alimentare. I colloqui con la famiglia, oltre fornire un sostegno alla stessa e a facilitare il ripristino delle funzioni genitoriali, diventano fondamentali per il recupero delle informazioni anamnestiche, remote e recenti, del paziente e del sintomo.

Nella fase d'indagine psicologica, svolta col paziente e con i genitori, si valuteranno in modo particolare gli aspetti indicativi della possibilità d'intervento relativi alla consapevolezza del problema, alla motivazione all'accesso e alle aspettative nei riguardi della guarigione. In questa ottica, l'obiettivo che ci poniamo sarà quello di riuscire ad intervenire in maniera tempestiva, quanto intensiva, cercando di effettuare un'ottimale gestione della situazione attuale del paziente così come un potenziale contenimento del sintomo. Il lavoro d'équipe diventa fondamentale nel momento in cui permette alle diverse professionalità di confrontarsi fra loro e di restituire al paziente una valutazione diagnostica ed un'indicazione terapeutica unitaria e condivisa.

Con questa modalità di lavoro gli operatori devono mostrarsi flessibili, disponibili, capaci d'ascolto dovendo, inoltre, diventare parte integrante di un complesso sistema relazionale e comunicativo che svolge un importante ruolo sociale. Questo tipo di modello di trattamento permette al paziente di "riunire" le varie parti della propria sofferenza e di elaborarle all'interno di un percorso terapeutico.

Nella nostra struttura abbiamo attuato un modello di intervento che integra modalità terapeutiche di origine sia dinamica che cognitivo-comportamentale per riuscire a raggiungere la complessa realtà clinica del paziente grave. Un'integrazione teorica funzionale porta allo sviluppo di un approccio assistenziale meta-teorico (Prochaska & Di Clemente, 1982, 1984; Wachtel, 1977, 1987) nel quale vengono identificati i fattori comuni per sviluppare un intervento capace di correggere i meccanismi di genesi e di mantenimento del disturbo. Tale modalità permette una maggiore integrazione basandosi sulla costituzione di una buona alleanza terapeutica, sulla relazione empatica con il paziente e sulla modificazione dei comportamenti disfunzionali, attraverso anche il rinforzo di quelli positivi, portando ad una riduzione del sintomo e degli aspetti fobici spesso presenti. Diventa inoltre fondamentale sviluppare una buona alleanza con la famiglia al fine di promuovere una partecipazione attiva della stessa al programma terapeutico del figlio.

Conclusioni

La nostra esperienza clinica vuole dimostrare e sostenere l'efficacia di un approccio integrato e multidisciplinare al paziente al fine di riuscire a gestire, in maniera più esaustiva ed adeguata, le plurime, quanto complesse, manifestazioni disfunzionali e/o patologiche. Il paziente rappresenta un universo ampio e complesso costituito da molteplici aspetti e

caratteristiche in continua evoluzione che richiedono una costante gestione e coerente contenimento. Un approccio multidisciplinare permetterebbe quindi, attraverso la messa in campo di diverse professionalità, di coinvolgere ed organizzare le varie parti della sua sofferenza elaborandole all'interno di un percorso terapeutico unitario e coerente. La diversità ed eterogeneità delle manifestazioni sintomatologiche alimentari oggi conosciute impone l'esigenza di dover effettuare, attraverso un modello di intervento che integri modalità terapeutiche diverse, una globale gestione della realtà personale e sintomatica del paziente, al fine di riuscire ad intervenire in modo efficace. L'approccio assistenziale attuato si basa, oltre che sulla necessaria costituzione di una buona alleanza terapeutica, sulla relazione empatica con il paziente e sulla modificazione dei comportamenti disfunzionali. Probabilmente un miglior lavoro in integrazione con il mondo pediatrico e quello scolastico tenderà progressivamente a ridurre la patologia DCA in età adolescenziale e oltre.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, IV ed., (DSM-IV) Edizioni Masson, Milano 1998.
- Attili G., *Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico*, Milano 2001.
- Baldoni F., *Funzione paterna e attaccamento di coppia: l'importanza di una base sicura*, in N. Bertozzi, C. Hamon (a cura di), *Padri & paternità*, Junior, Bergamo 2005, pp. 79-102.
- Bowlby J., *Attachment and loss*, (Vol. 1: Attachment), New York, Basic Books; ediz. it., *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972.
- Id., *Attachment and loss*, (Vol. 2: Separation, anxiety and anger), New York, Basic Books; ediz. it., *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975.
- Id., *Attachment and loss*, (Vol. 3: Loss, Sadness and Depression), London, Hogarth; ediz. it., *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino 1980.
- Bryant-Waugh R., "Annotation: eating disorders in children", in *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 36 (1995), pp. 191-203.
- Chatoor I., *Feeding and other disorders of infancy or early childhood*, in A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman (a cura di), *Psychiatry*, W.B. Saunders, Philadelphia 1996.
- Crocetti G., *Seminari Scuola di Specializzazione*, C.I.Ps.Ps.I.A 2002.
- Freud A., *Lo studio psicoanalitico dei disturbi infantili dell'alimentazione*, trad. it in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino 1979.
- Freud S., *Tre saggi sulla sessualità*, Bollati Boringhieri, Torino 1975.
- Kreisler L., *Conduites alimentaires déviantes du bébé*: a) *L'anorexie mentale*; b) *La rumination ou mérycisme*; c) *Les vomissements psychogènes*; in S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé (a cura di), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, Quadrige, Paris 1985.
- Prochaska J.O., Di Clemente C., "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change", in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (1982), pp. 276-288.
- Id., *The trans-theoretical approach: crossing the traditional boundaries of psychotherapy*, Homewood, IL Dow Jones Irwin 1984.

Ravaldi C., *I fattori di rischio dei disturbi alimentari*, *Psich. Inf. e Adol.* 2006.

Sameroff A.J., Emde R.N., *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Boringhieri, Torino 1989.

Tronick E.Z., "Infant-mother face to face interaction: age and gender differences in coordination and miscoordination", in *Child Development*, 59 (1989), pp. 85-92.

Wachtel P.L., *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*, New York Basic 1977.

Id., *Action and Insight*, Guilford, New York 1987.

Zeanah C.H. (a cura di), *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford, New York-London 2000.

MARIA CRISTINA CAMPANINI*

IL MEDICO DI FAMIGLIA: UN OSSERVATORIO PRIVILEGIATO

L'ambulatorio del medico di famiglia rappresenta un osservatorio privilegiato (per facilità nei contatti e conoscenza dei contesti familiari) di diverse patologie, tra cui i Disturbi del Comportamento Alimentare. Spesso infatti il medico di famiglia, come "medico di fiducia", rappresenta il primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso ed ogni altra caratteristica della persona. La possibilità di interfacciarsi con gli altri specialisti mantenendo il coordinamento delle cure permette inoltre di sviluppare un rapporto diretto, continuo, centrato sulla persona, sulla famiglia che lo circonda e sulla comunità in cui vive. La relazione del medico di famiglia con i propri assistiti si basa su una efficace comunicazione che tenga conto del disagio del paziente nella dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

L'allarme sulla gravità e importanza dei Disturbi del Comportamento Alimentare è stato rilanciato negli ultimi anni dai dati numerici di tali patologie, attestate attualmente su circa 2 milioni di soggetti affetti su tutto il territorio nazionale (con aumento di diffusione tra gli uomini che rappresentano il 10% del totale e il 20% se si considera solo la fascia di età compresa tra i 13 e i 17 anni). Il dato più preoccupante riguarda il tasso di mortalità che risulta essere 12 volte superiore alla popolazione di controllo.

I dati relativi al comportamento alimentare nel nostro territorio sono perlomeno inquietanti: da una recente indagine risulta infatti che il 42,5% degli uomini e il 26,6% delle donne è in sovrappeso, mentre il 10% è giudicato, secondo il calcolo dell'indice di massa corporea, obeso. Da quanto rilevato nelle visite con le giovani pazienti circa l'80% vuole o cerca di perdere peso per raggiungere un'immagine femminile che meglio si identifichi con quelle proposte dai media o nella presunzione di essere meglio accettate dagli altri: di queste circa la metà è costantemente a dieta e le rimanenti riducono l'introito alimentare in concomitanza con eventi rilevanti (festa per il superamento dell'esame di maturità, laurea, matrimonio). Frequente, specie sotto i 18 anni, il fenomeno della drunkoressia, ossia il digiuno durante l'arco della giornata (solo acqua e caffè, spesso con concomitante fumo di sigarette) per poter bere superalcolici durante l'*happy-hour* di fine giornata (con effetto particolarmente disinibente e quindi maggiormente "socializzante" dell'alcool assunto a stomaco vuoto). A Milano, inoltre, il problema della diffusione di immagini di modelle eccessivamente magre,

* Responsabile del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (SNAMI ROSA), Milano.

quindi potenzialmente in grado di rappresentare un modello negativo di bellezza per le giovani ragazze, è reale tanto che l'assessore alla salute ha organizzato, per la settimana della moda, delle "sentinelle anti-anoressia" che monitorassero le passerelle, con un effetto mediatico e simbolico sicuramente maggiore rispetto a quello reale, ma significativo come gesto per sottolineare l'importanza del problema.

Il mio lavoro come medico di famiglia si svolge a Milano dove esercito dal 1992 presso un ambulatorio in una zona centrale con elevata prevalenza di anziani ultra 65 anni; la vicinanza all'Università Bocconi mi permette, comunque, di entrare in contatto, soprattutto durante il periodo dei corsi universitari, con un discreto numero di ragazzi tra i 18 e 25 anni. Lo studio è organizzato con un servizio di segreteria aperto dal mattino alla sera, un collegamento in rete con altri 8 colleghi che lavorano in zone adiacenti, un centralino telefonico per le informazioni principali delle attività svolte e relativi orari. Le comunicazioni principali sono fornite agli utenti grazie all'utilizzo di uno schermo posizionato in sala di aspetto dove, nell'arco della giornata, vengono proiettate informazioni pratiche per i pazienti (carta dei servizi, modalità di accesso agli stessi), campagne di prevenzione (vaccinazioni, prevenzione/diagnosi precoce di neoplasie, osteoporosi, menopausa, rischio cardiovascolare, alimentazione), iniziative/corsi/incontri che verranno svolti in studio o presso il Comune, la ASL e altre strutture accreditate. Dall'inizio della mia attività ho seguito con continuità, attraverso anamnesi, visite e controlli periodici per almeno 12 mesi, 2281 pazienti, di cui 1325 donne delle quali 100 di età compresa tra 18 e 25 anni e 38 di età inferiore ai 18 anni; in particolare ho avuto modo di prendere in carico i casi di 10 ragazze con Disturbi del Comportamento Alimentare, con 2 decessi, uno dei quali per suicidio.

Alcune caratteristiche

Si possono individuare alcune caratteristiche sociali, familiari ed individuali, riconoscibili in tutte le pazienti affette da Disturbi del Comportamento Alimentare: disunione familiare, madre iper-controllante, restrizione ed isolamento sociale, disagio e insicurezza, ottimo rendimento scolastico o professionale, attività sportiva o danza a ritmi eccessivamente sostenuti, alterata percezione del proprio corpo e immagine femminile idealizzata. Le motivazioni di accesso al mio studio (e spesso una più o meno celata richiesta di aiuto) sono relative a un'eccessiva preoccupazione per il proprio peso e alla richiesta di farmaci convenzionali o fitoterapici per ridurre il senso di fame, diuretici e lassativi in pazienti peraltro molto informate sulla composizione bromatologica dei cibi e già consumatrici di cibi "sani" e ipocalorici. L'utilizzo esclusivo dei cosiddetti "cibi sani", l'ortoressia, porta un ulteriore e progressivo isolamento sociale per l'impossibilità di mangiare a casa di amici o al ristorante per il rischio di assumere alimenti non sicuri o selezionati, oltre che alla preoccupazione per l'eventuale scarso controllo igienico nella preparazione del cibo, fino alla presunzione che sia "sporco" o contaminato. La maggior parte delle ragazze ha già escluso dalla propria dieta i cibi ritenuti "grassi", si pesa tutti i giorni controllando ossessivamente la bilancia e riportando i dati per valutare l'andamento della perdita di peso, elimina cibi elaborati come cottura o prepa-

razione, mangia lentamente e rimugina su quanto sta ingerendo, riducendo progressivamente le porzioni che, comunque, non devono superare le dimensioni del palmo della propria mano. Spesso la riduzione calorica è già stata introdotta per riferiti disturbi funzionali del tratto gastroenterico quali sindrome dell'intestino irritabile, disfagia, sintomi da reflusso, nausea o vomito (perlopiù autoindotto).

La richiesta di lassativi e diuretici è altrettanto frequente, per problemi di stipsi e ritenzione idrica, peggiorati dalle restrizioni alimentari. I lassativi, come farmaci, tisane o fitoterapici vengono assunti quotidianamente, a dosi crescenti per la progressiva assuefazione dell'organismo associata a terapia alimentare incongrua. Talora il peso considerato come "ideale" viene calcolato dalle pazienti senza alcun richiamo alle formule di uso medico corrente per la valutazione del peso, ma sulla base di taglie di indumenti che desidererebbero indossare, progressivamente più piccole. Frequente è poi la richiesta di molteplici certificati di idoneità per l'attività sportiva, praticata in modo ossessivo e con ritmi poco sostenibili. Scarsa è la partecipazione a sport di gruppo, mentre frequentemente le ragazze si sottopongono a ritmi di allenamento solitario, tendente a essere sempre più frenetico per favorire la perdita di peso. Sintomo più tardivo e con disturbo conclamato è l'amenorrea, spesso nascosta dal concomitante uso di terapia estroprogestinica nelle ragazze.

Spesso il Disturbo del Comportamento Alimentare, negato dalle stesse pazienti, viene anche sottovalutato dalla famiglia che incontra difficoltà ad accorgersi della patologia, sia a causa del poco tempo che si riesce a trascorrere insieme, sia per l'abilità da parte delle ragazze di nascondere la gravità del problema. Sono inoltre circa 300.000 i siti, blog, forum in cui i giovani possono scambiarsi in chat consigli per diminuire il senso della fame, per incoraggiarsi a non desistere e su come nascondere sintomi, segni e disagio ai familiari. Frequente è il senso di malessere profondo, colpa o vergogna, la sensazione di isolamento sociale ed emarginazione dal gruppo, gli sbalzi di umore, la chiusura in se stesse. Il numero elevato di ore dedicato a chattare o confrontarsi su problemi alimentari in blog non controllati da esperti del settore è sintomatico della scarsa capacità di esprimersi ed esporre i propri problemi all'interno della famiglia. Le pazienti afferenti al mio studio sono state inviate presso centri specializzati ospedalieri con i quali mantengono contatti periodici con cadenze differenti in base alla tipologia della paziente e del disturbo. Nella maggior parte dei casi il disturbo alimentare è stato diagnosticato, curato e superato senza manifestare evidenti recidive, permettendo il recupero di una vita sociale, professionale e familiare.

Sulla base della mia esperienza ritengo indispensabile, tra i giovani e le famiglie, la diffusione di programmi e campagne promozionali controllate sull'importanza, prevalenza e gravità dei Disturbi del Comportamento Alimentare, specie per le problematiche relative a una diagnosi tardiva e alle difficoltà di impostare terapie presso centri che si occupino del problema in tutte le sue sfaccettature.

Lo studio del medico di famiglia può diventare il luogo di incontro, come primo livello di approccio, per familiari e pazienti, per ottenere informazioni corrette e indicazioni di centri specializzati di riferimento. La facilità di accesso allo studio, la familiarità dei pazienti con l'ambiente e la comunicazione nello stretto rapporto medico-paziente che si instaura

con il proprio medico di famiglia costituiscono a mio modo di vedere ottime premesse per la nostra partecipazione all'identificazione di soggetti a rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare e diagnosi precoce dei pazienti che già ne sono affetti, costituendo così un fondamentale punto di osservazione epidemiologico e anello di collegamento tra specialisti e cittadini.

Capitolo 2

COMUNICARE DENTRO E FUORI LA RETE: AREA MASS MEDIA

Premessa

Ogni fenomeno di disagio è portatore di un linguaggio da mettersi in relazione all'epoca e al contesto culturale in cui nasce ed in cui si sviluppa come se fosse un testo da leggere ed interpretare, una specie di *discorso sociale*. Gordon suggerì l'idea che l'anoressia fosse da considerarsi come "disturbo etnico", dove la parola "etnico" veniva utilizzata nel significato di "inerente ad una cultura". I Disturbi Alimentari sono sindromi *culture bounded* e patoplastiche, cioè adattabili, flessibili ai decorsi storici. La forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale si iscrivono. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono a delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa rispettivamente collegata alla cultura specifica di alcuni paesi e flessibili ai decorsi storico-sociali. Fenomeni complessi, dunque, che ogni epoca iscrive in un discorso sociale differente.

Come ogni patologia della soggettività, e come ogni forma di sofferenza sociale, il disturbo alimentare si veste degli abiti della sua epoca e del suo contesto socio-culturale. In tal senso, appare necessario analizzare l'influenza dei mass media e dei nuovi linguaggi della rete, per rintracciare l'influenza nell'insorgenza e nello sviluppo della malattia.

Per comprendere il diffondersi di questa patologia, dobbiamo perciò indagare i modelli culturali ed i linguaggi attraverso i quali si trasmettono: gran parte della comunicazione degli adolescenti e il loro modo di costruire il mondo sono il frutto di quella realtà che in modo generale definiamo "virtuale", a cui i ragazzi di tutto il mondo occidentale dedicano gran parte della loro giornata. Gusti, pensieri, opinioni, comunicazioni, sono ormai profondamente condizionati dalla rete e in generale dalle nuove tecnologie comunicative. Se n'è accorto anche il mercato a loro rivolto e noi adulti non possiamo ignorare questo nuovo modo di costruire la realtà. Per fare un esempio, la prima generazione di iPod, una sorta di registratore multimediale, è stata presentata nell'ottobre 2001 ed è stato per due anni l'oggetto più regalato agli adolescenti, prima di essere sostituito da altri oggetti tecnologici. La caratteristica dell'iPod è la capienza e la velocità dell'archivio, in questo caso musicale, che diviene onnipresente e polimorfo, come ci dice il filosofo Maurizio Ferraris (Ferraris, 2008). La rete, con i suoi strumenti "quotidiani" (Messenger, Facebook), ha una capacità elevatissima di fare transitare messaggi negativi e condizionanti.

Il corpo virtuale: i siti pro Anoressia

Uno degli aspetti più sconcertanti nella diffusione e nella globalizzazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare è l'utilizzazione del web nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la magrezza con la comparsa di siti che propagandano comportamenti patologici, finalizzati al controllo del peso e danno consigli estremi su come dimagrire .

I siti pro-Ana, dove Ana sta per anoressia, costituiscono uno dei canali più efficaci di diffusione del disturbo, soprattutto tra gli adolescenti, che utilizzano questo mezzo quotidianamente e con estrema familiarità. La caratteristica di questi siti è quella di costituirsi come delle sette, sorta di movimenti *underground* dove si lancia un appello a dimagrire ad oltranza, come una forma di protesta e opposizione al mondo degli adulti.

Il segno distintivo dei seguaci di Ana è un braccialetto rosso che viene venduto ad un prezzo che varia dai 3 ai 20 dollari e che consente il riconoscimento anche fuori dal web. L'esplorazione di questi siti, che essendo proibiti vengono ciclicamente chiusi e riaperti, proprio come quelli dei pedofili, lascia davvero interdetti per il livello di terrorismo psicologico, a cui possono essere sottoposti gli adolescenti che vi entrano. Delle foto di giovani donne obese in costume da bagno e sotto una didascalia: *"Ecco come i vostri genitori vogliono farvi diventare"*. I comandamenti pro-Ana a cui gli adepti dei siti devono attenersi sono tutti centrati sull'equazione che la magrezza è la salvezza, la strada principale per essere vincenti e felici:

ANA COMMANDMENTS

Se non sei magra non sei attraente

If you aren't thin you aren't attractive

Essere magra è più importante che stare bene

Being thin is more important than being healthy

Tu devi comprare vestiti piccoli, tagliare i tuoi capelli, prendere pillole per dimagrire, affamarti, e fare qualsiasi cosa per apparire più magra

You must buy small clothes, cut your hair, take diet pills, starve yourself, do anything to make yourself look thinner

Tu non devi mangiare senza sentirti in colpa

Thou shall not eat without feeling guilty

Tu non mangerai cibo ricco di grassi senza punirti subito dopo

Thou shall not eat fattening food without punishing oneself afterwards

Tu conterai le calorie e restringerai l'introito calorico

Thou shall count calories and restrict intake accordingly

Quello che dice la bilancia è la cosa più importante

What the scale says is the most important thing

Perdere peso è buono, aumentare di peso è cattivo

Losing weight is good / gaining weight is bad

Tu non sarai mai troppo magra

You can never be too thin

Essere magri e non mangiare sono segni di vera volontà di potere e successo

Being thin and not eating are signs of true will power and success

Non è nuova nella storia della medicina una sorta di dimensione estetica di alcune malattie, pensiamo ad esempio alla tubercolosi nell'800, così ben rappresentata dal romanzo *La Montagna Incantata* di Thomas Mann o alla sifilide o alla stessa AIDS. Ma non c'è nulla che possa essere paragonato a questa rappresentazione del corpo che enfatizza la malattia e nello stesso tempo cerca di allargare intenzionalmente il contagio.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono malattie gravi e dall'esito spesso infausto, sono la prima causa di morte tra le malattie psichiatriche, e la causa del decesso più frequente oltre quella collegata a complicanze internistiche, è il suicidio. È difficile accettare che qualcuno possa intenzionalmente diventare una sorta di untore e diffondere tra adolescenti che chattano o navigano in rete un disturbo che porta tali e gravi conseguenze.

Alcuni stralci di queste conversazioni in chat, nei forum, nei blog, generalmente notturne ci introducono all'interno di un mondo, che si apre appena le porte di quelle camerette piene di manifesti e peluche si chiudono. Le ragazzine, veramente quasi bambine, entrano in realtà dove per dimagrire si può fare di tutto, dove i genitori sembrano fantasmi inesistenti e dove i coetanei suggeriscono sistemi di controllo del peso efficaci e pericolosissimi. Come in tutte le chat, tutto avviene in presa diretta e le conversazioni si interrompono perché una delle partecipanti al forum deve andare in bagno a vomitare, oppure a fare pipì dopo avere ingerito i diuretici, che la nonna prende per il cuore. Le altre, appena torna in chat le domandano come è andata e si congratulano con lei se è riuscita nel suo intento.

Alice ha 15 anni e il suo *nick-.name* è Ashley, passa intere giornate e notti al computer, *chattando* in forum pro-Ana. Quando viene ricoverata nella Residenza Palazzo Francisci Alice pesa 35 kg ed è alta 1,60, parla con parole non sue, quasi un linguaggio in codice, comprensibile solo visitando i dialoghi delle *chat*. Parla di un corpo che non esiste veramente, un corpo patinato, manipolato, irreali. Un corpo virtuale che è anonimo, che può scegliere l'identità maschile e femminile, a seconda di come decide di rappresentarsi, poiché in rete chiunque può dichiarare di essere quello che vuole essere. E neppure quando questo corpo diventa reale nel rischiare la morte e i genitori la ricoverano, il suo modo di parlare di sé e della sua malattia diventa più adeguato alla drammaticità dell'evento.

Per ore e ore i partecipanti a questi dialoghi senza fondamento, si incontrano senza memoria né immaginazione, in un tempo sospeso, dove la sequenza di attimi, *flashes*, frammenti di vita, non costruisce nessuna storia, nessuna temporalità. In questo mondo gli adulti non possono entrare e si coglie tutto il rinforzo positivo del sintomo dato dall'opposizione, dal senso di onnipotenza che tutti i partecipanti alle *chat* manifestano.

Ogni aspetto del corpo, del cibo, di ciò che fa bene e di ciò che fa male viene dissacrato e irriso, si diffondono in web le leggende più inverosimili finalizzate alla perdita di peso, favole, fandonie, bufale di ogni genere. Ma l'argomento è così interessante e seducente che tutti scrivono e leggono di tutto. Una delle più diffuse piramidi alimentari viene trasformata in un manifesto contro il cibo: il cibo è il diavolo. E mai metafora fu più pertinente, nella forza dannosa che assume l'ossessione perenne per il cibo, che viene spogliato dalla sua funzione di nutrimento fonte di vita e calore.

Non c'è dubbio che in questo caso la forma patologica si connette molto facilmente a forme

culturali e questo ne spiega la irrefrenabile diffusione, ma forse c'è qualcosa di più e scelgo le parole di un filosofo della scienza e delle idee, Paolo Rossi, per esprimere la difficoltà a separare la patologia dall'impianto culturale che le da nutrimento:

“Nonostante tutti questi esempi, mi sembra resti vera l'asserzione che nessuno ha mai fatto propaganda a favore dell'assunzione o della diffusione di una malattia. Di fronte alla diffusione del culto di Ana possiamo domandarci: davvero si tratta, in questo caso, di propaganda a favore di una forma patologica o non si tratta invece dell'antica esaltazione del digiuno e della magrezza che sarebbero sinonimo di saggezza e di santità nelle filosofie orientali e, in particolare, indiane? O anche nell'ideale cristiano di una frugalità spinta fino ai limiti estremi? Di una santità che è fondata sul rifiuto del corpo, luogo di tentazione e strumento di peccato? o all'immagine (molto antica) del digiuno come purificazione? Una malattia che si connette a scelte di comportamenti e quindi, indirettamente, a filosofie e a scelte di vita, alle credenze e al costume perde per questo il suo carattere di specificità patologica, fino a diventare, in una certa misura, qualcosa di non più riconoscibile?” (Rossi, 2005)

Il corpo estraniato

Favoriti anche dall'uso del computer, i dialoghi dei forum e delle chat pro-Ana accentuano quell'aspetto di depersonalizzazione che pure è già rintracciabile nella sintomatologia da disordine alimentare. Non a caso si danno nomi di fantasia e quasi mai viene svelata la vera identità: si parla di un corpo, di come modificarlo, di come manipolarlo, come se si parlasse del corpo di qualcun altro, con un'inquietante lontananza dal Sé.

Nel corpo globalizzato delle chat e delle immagini televisive scompare completamente la sacralità del corpo, dimensione antropologica fondamentale e ineliminabile. Nei reality show e nella vita quotidiana, senza distinzione di sesso e classe sociale, la rappresentazione del corpo è determinata dalla esibizione e dalla visione continua e totale. Questo tema della sacralità del corpo va a toccare alcuni temi etici, di non secondaria importanza nella società contemporanea, che si connettono ai dibattiti sull'eticità dei trapianti, sulla manipolazione genetica, sull'uso degli embrioni. Tutti questi problemi sono in fondo correlati alla natura dei DCA e ne spiegano il retroterra culturale, che non è appunto solo quello collegato all'ideale di magrezza come fonte di felicità, ma più intimamente radicato nell'idea che si possa, davvero, modificare la natura stessa dell'uomo, il suo corpo, il suo patrimonio genetico, che si possa intervenire, davvero, nella struttura stessa della vita. È l'antica *hybris* dell'uomo, che fonda la base per immaginare che questo sia davvero possibile. Questa generazione cresce con la familiarità ad un'idea, per noi lontana, di potere facilmente realizzare l'antico sogno dell'uomo di manipolare a proprio piacimento il corpo e che questo doni loro la potenza e la sicurezza di cui hanno bisogno.

Si rafforza di conseguenza un'idea meccanicista e riduzionista di un corpo-macchina da smontare e rimontare, con un disinvestimento drammatico nei confronti di ciò che è vivo, della carne ridotta ad un insieme di ingranaggi. Alla fine, la base psichica che fonda il disturbo è questa idea onnipotente di controllare corpo, emozioni ed anima, che viene rinforzata dalla reale possibilità, qui ed ora, di farlo e dal consenso etico condiviso dal mondo

globale. La domanda di verità, autenticità e bellezza, legittima ed importante si trasforma così, per milioni di giovani, in una banalizzata ricerca di un corpo artificiale e irraggiungibile, con una crescente insoddisfazione e la percezione di non essere mai all'altezza del compito. La Rete virtuale diviene una sorta di Rete Semantica o *Semantic Network*: parole, emozioni, sintomi, interazioni sociali attraverso le quali l'utente conferisce significato ed espressione al suo disagio. Queste reti connettono l'esperienza della malattia ai valori culturali ed appaiono strutturate su un elemento simbolico centrale che cambia di volta in volta, intorno al quale vengono costruite narrazioni di sé.

Indagare quanta influenza hanno in queste narrazioni di sé, ideali non solo estetici, riguardo alla magrezza, ma anche alla falsa idea di felicità, benessere, autorealizzazione, è un buon punto di partenza per comprendere un fenomeno così dilagante che si costruisce su una serie di imperativi esistenziali: dobbiamo essere attraenti, giovani, ricchi, sicuri, brillanti; dobbiamo essere felici e per farlo dobbiamo possedere molte cose, fuori di noi. L'intera esistenza nella sua complessità viene appiattita sulla necessità di mostrare per poter essere, tutto ciò che non viene mostrato, non esiste, come se il sentimento dovesse essere esposto in vetrina. L'idea in fondo è che o si sta sulla scena o si è trascinati giù, nel vuoto, nel nulla. Si tratta di un messaggio devastante e intollerabile, per un adolescente (e non solo per lui): a quindici anni ci si può già sentire falliti, parte di un continente sommerso che mai vedrà la luce, puri consumatori di merci, perché non c'è alcuna possibilità di essere protagonisti neanche nella propria vita.

Da questo punto di vista la società dei mass media, dello spettacolo, rap-presenta un perfetto rovesciamento della verità dell'esistenza. L'essere mostrati porta con sé il presupposto di avere un'immagine perfetta, ripulita dal danno, dal dolore, dalla profondità che la vita impone. Ragazze e ragazzi alla ricerca spasmodica di atti eclatanti in cui vivere ed essere presentati per la prima volta a sé stessi; le ragazze, in tal senso, risultano essere ancora più esposte dei loro coetanei maschi nel giocare la partita dell'identità nell'esteriorità, una specie di processo di estetizzazione del mondo.

Il corpo diviene il luogo dove si mette in scena il dramma della propria ricerca esistenziale, il luogo di scontro tra le richieste interne e le pressioni a cedere agli ideali imposti dalla società. Esiste in generale una diffusione, senza grosse differenze tra maschi e femmine di disturbi, collegati ad uno scarso controllo degli impulsi, non solo rispetto a quello alimentare. Pensiamo all'uso di sostanze o alcool, ai disturbi della condotta sessuale o di personalità, alla cleptomania, allo shopping multicomulsivo, alle dipendenze da internet o dai videogiochi: è come se si fosse diffuso uno "stile di vita multicomulsivo", dove non c'è neppure più il tempo di desiderare, dove non esiste tempo per l'attesa.

L'epoca delle passioni tristi

Essere adolescenti oggi (in questo senso l'essere maschi e femmine non fa molta differenza) significa fare i conti con ciò che viene universalmente definita come un'assenza di desiderio. L'epoca delle passioni tristi, come è stata denominata, è caratterizzata dall'assenza della dimensione desiderante, che nell'adolescente maschio è comunque amplificata, proprio

perché si aggancia alla paura e alla difficoltà ad immaginare spazi e valori diversi da quelli costituiti. La domanda che immediatamente ci si pone è come sia possibile un'assenza del desiderio in un mondo dove i desideri sono così invadenti.

Siamo continuamente sollecitati ed indotti ad individuare sempre nuovi desideri, perché solo in questo modo si può sostenere la crescita continua; ci viene chiesto sempre e comunque di desiderare qualcosa che c'è già o qualcosa di conforme alla realtà esistente. Si tratta cioè – per usare l'espressione di René Girard – di desideri fortemente mimetici. Si desidera quello che desiderano gli altri. Ciò che gli altri mostrano di avere e che a noi manca. Quello che non è previsto è che intervengano invece dei desideri nati da una ricerca soggettiva ed autentica, dei desideri originali e difforni dalla norma. Per mantenere intatto il sistema, “la limitazione qualitativa del desiderio, il suo addomesticamento, sono necessari come la sua crescita quantitativa” (Girard, 1965). Dunque viviamo in una condizione di continua stimolazione e produzione di desideri, un investimento continuo a breve termine che si fissa su oggetti o idee predefinite ed immediatamente disponibili. Tutto questo produce naturalmente, dietro l'apparenza di cambiamento e di novità continua, una sostanziale immobilità. Il cambiamento è limitato alla superficie delle cose ed è sostanzialmente conservatore. Si tratta per la verità di una forma di intossicazione. L'elemento conservatore è dato da una continua ed immediata alternanza tra evocazione di un desiderio predefinito, standardizzato e un appagamento immediato. Una continua produzione di senso di mancanza e una continua produzione di senso di piacere. L'induzione di desideri passa attraverso una distorsione dell'idea di appagamento: più desideri vengono soddisfatti, più si rimane imprigionati nella dialettica tra desiderio e desiderato. Vi è nella sete di stima – scrive Ricoeur – un desiderio di esistere non attraverso l'affermazione vitale di se stessi, ma attraverso la grazia del riconoscimento altrui. Vi è tra questa stima e la posizione egoistica e solipsistica della vita, tutta la distanza che c'è tra il semplice desiderio e ciò che la *Fenomenologia dello Spirito* chiama il desiderio del desiderio. Ciò su cui vale la pena riflettere, da questo punto di vista, è che la componente più forte del desiderio, quella che connette il desiderio ad una forza di trasformazione sociale, non coincide affatto con l'appagamento o con il semplice principio del piacere.

L'ideologia del supermercato globale infatti è fondata su due fantasie. La prima riguarda un eccesso di fiducia come possibilità di autoplasmarsi e di autodeterminarsi, la seconda è che sia possibile fare e diventare qualsiasi cosa. Ovvero una fantasia di onnipotenza. In passato la società e la cultura ci dicevano, in base alla classe sociale o alla religione, chi dovevamo essere. Questo ci forniva da un lato un certo senso di sicurezza e di tranquillità, dall'altro, essendo un elemento costringente, ci procurava anche una buona dose di nevrosi. All'opposto, oggi, la cultura dominante ci illude reclamizzandoci continuamente una molteplicità infinita di rappresentazioni e possibilità. Ci vuole convincere che possiamo sperimentare qualsiasi cosa, essere qualsiasi cosa, fare qualsiasi cosa. Allo stesso tempo, poiché nessuno ci dice cosa essere o ci regala un'identità preconfezionata, noi diveniamo anche responsabili di chi siamo, di quello che diveniamo di fronte a noi, agli altri, alla società.

Tutto questo non ci avvicina affatto alla libertà che si dispiega, di contro, proprio nella ricerca di una fedeltà profonda a se stessi e alla propria esperienza. Quel che dovrebbe muoverci

è l'idea di diventare migliori, uomini migliori, persone migliori. Dovrebbe spingerci il desiderio di trovare in noi stessi e nelle nostre relazioni forme di umanità più profonde, più intense, più belle. Una vera ricerca esistenziale parte non da una semplice mancanza che si può colmare a piacimento, ma da una condizione accettata di incompiutezza. C'è sempre qualcosa di assente che ci tormenta, qualcosa che ci incanta, che ci impedisce di bastare a noi stessi e ci spinge a cercare ancora per noi e per gli altri. Si tratta di un desiderio vitale di fondo, di una tensione e di un'apertura senza determinazioni prevedibili. Noi possiamo mantenere una tensione ideale, un orizzonte di senso, una direzione interiore ispirata a qualcosa di non ancora raggiunto. È la disponibilità verso qualcosa che non conosciamo, che è più grande di noi e che è sempre appena di là da venire. Una direzione comune piuttosto che una meta raggiungibile da soli. Qualcosa che lascia spazio alla relazione, all'ascolto di sé, all'imprevisto, al caso, al desiderio appunto, che è sempre desiderio dell'Altro.

L'Altro diviene così il luogo dell'incontro, con se stessi, con il mondo, con il proprio corpo ed in tal senso, il corpo, da alleato rispetto al desiderio di vivere può divenire il nemico da sconfiggere, da tenere a bada e non il luogo privilegiato dei nostri sentimenti ed incontro con il mondo. Il corpo, come ci ricorda Foucault, è oggi il luogo dove il potere si esprime e dove esercita la maggiore repressione, quella più insidiosa, trasversale, nella normalità della vita e in ogni luogo del pianeta. L'esercizio di questo potere assume toni molto violenti, come nella patologia alimentare: il corpo reale e il corpo ideale divengono il teatro di questo scontro.

Ma non abbiamo a che fare con il corpo in senso stretto, né con il cibo; il rapporto è piuttosto tra il corpo pensato e il cibo pensato. La dimensione ideale è ciò che giustifica l'esperienza reale. Il procedimento è di tipo platonico in una sorta di scarnificazione della realtà, del corpo, per tentarne un recupero nel piano ideale; per operare la trasformazione del reale in ideale, questi ragazzi eliminano quei tratti che fanno della vita, la vita, sacrificando in nome di una più elevata rappresentazione, quelle impurità sensibili che costituiscono la ricchezza dell'esistenza. Il loro congedarsi dalla vita, il ritirarsi in una stanza può contenere un potenziale critico e rappresentare l'ingresso in una dimensione utopica, in cui il mondo potrebbe essere diverso da come è. La distillazione di essenze, (come diventa il loro corpo) di forme apparentemente astratte da un mondo che si vuole fuggire, può essere visto come il tentativo di andare al di là di una condizione divenuta intollerabile. La segregazione è volontà di potenza, un *volere-al-di-là-di-sé*, che fagocita continuamente vita, andandole bramosamente incontro, per poi allontanarsene.

Corpi in cerca d'autore

L'affollata moltitudine di riti a cui questi pazienti si sottopongono è il risultato del loro avvicinarsi alle cose, agli affetti, al mondo, per poi prenderne congedo. Tuttavia il congedo ottenuto, non ha l'effetto sperato: la sintesi superiore non ha ricostruito l'intero sperato, ma al contrario, ha rimandato potenziandola una mancanza di sé e del mondo. Una nostalgia della vita che nel suo allontanamento non ha lasciato spazio per operare un distanziamento: "avere un mondo è qualcosa di più del semplice essere al mondo. Tutte le cose sono al mondo, ma il corpo è al mondo come colui che ha un mondo, come colui per il quale il mondo non è solo

il luogo che lo ospita, ma anche e soprattutto il termine in cui si proietta. Al limite possiamo dire di essere al mondo solo perché siamo impegnati in un mondo” (Galimberti, 2003). L'esule, ha smarrito la dimensione abitativa del mondo, della patria come destinazione e come progetto; l'io diviene il luogo di una lotta incessante, verso un esodo dall'identità senza ritorno. Sono “Corpi in cerca d'autore”. A chi corrisponde un corpo, quale è l'immagine interna che se ne ha, la percezione esterna, chi incontriamo, chi escludiamo attraverso di lui? Certo è che il corpo può divenire un nemico, di contro, un alleato potente per difendersi dal mondo, un rifugio o un carcere. Comunque si mettano le cose, rimane un concetto problematico, nel senso di rimandare ad un rapporto altro da quello che semplicemente si mostra nella sua definizione. Il corpo non è semplicemente un corpo, come ricorda Galimberti diviene il luogo della nostra falsificazione: “il mondo è tutto riflesso nello sguardo del mio corpo e lo sguardo del mio corpo è tutto fuori di sé, ospitato dal mondo” (Galimberti, 2003).

Nella nostra epoca questa alleanza tra corpo e mondo si è spezzata, falsificando una dimensione fondamentale dell'esistenza delle persone. Tuttavia come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i DCA si manifestino solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti “alle stesse influenze culturali”; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogeneizzanti e normalizzanti relative alla femminilità, alla bellezza, al successo. Tali immagini premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali immagini, per quanto potenti possano essere.

Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età,...) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singola persona viene influenzata dalla nostra cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici, che insieme determinano la nostra posizione nel mondo e la nostra libertà. È da questo intricato rapporto di variabili che scaturisce il grado di investimento sul sintomo e che ci spiega perché alcune pazienti sono così tenacemente attaccate al loro sintomo, anche se le porta alla morte.

Parlare di prevenzione, in tal senso, è cercare di essere incisivi sul mondo delle idee, unica garanzia di protezione di fronte all'insorgenza e allo sviluppo e decorso della patologia. Una riflessione si impone, quindi, su quali valori e idee si fonda il nostro vivere comune, se questi giovani (e non solo), così tanti, sembrano così disorientati nei loro rapporti personali. È come se questi ragazzi fossero in grado di sentire sentimenti ma non possedessero un linguaggio adeguato ad esprimerli: certo, nei loro SMS, in Facebook, nei blog c'è una ricerca affannosa nel trovare parole alle proprie emozioni, sono pieni di simboli: cuoricini, tvb, lacrime, ali spezzate, fiori e farfalle; ma sembrano piuttosto segni, tracce che nascondano molto più di quello che rivelano. È come se vivessero nella costante preoccupazione di esistere, cercando l'approvazione degli altri, di noi adulti e dei loro coetanei. Non è un compito facile crescere, non lo è stato per nessuna generazione e in genere orientarsi nella crescita sentimentale lo è ancora di meno, terreno accidentato, colmo di vissuti che richiedono un grado di autonomia e distanza di giudizio per essere riordinati. Quindi, questo apprendistato spirituale, questo tirocinio alla vita che dovrebbe educarli, accompagnarli tanto da diventare il loro patrimonio di idee

e valori nell'esistenza, appare impoverito al punto da impedire una crescita personale e creativa di sé stessi. C'è come un appiattimento sul reale, come se ognuno fosse portatore di un unico paradigma su cui misurare le proprie vicende sentimentali: o si è dalla parte dei vincenti, dei felici o si è irrimediabilmente degli esclusi. Anche i racconti delle storie sentimentali vissute vivono nel tempo della propria autoaffermazione; il bisogno di amare è stato sostituito da un bisogno onnivoro di essere amati, riconosciuti ed apprezzati.

Si può riscontrare anche nella scomparsa delle grandi narrazioni familiari e collettive, quelle che la letteratura, il cinema, la poesia, ci consegnavano per educarci all'amore: ognuno di noi potrebbe raccontare almeno un grande amore dei propri nonni e genitori, che si sono attesi, aspettandosi per anni, contro tutti e tutto, amori che vivevano del coraggio e dell'autonomia personale; la storia di oggi parla sempre più spesso il linguaggio frammentario dei racconti interrotti, storie in cui mancano i protagonisti, come se la dimensione pubblica vincesses sempre sugli individui. Sono ragazzi educati dalla televisione, dalle *soap opera*, dai *reality show*, dove le persone si incontrano per un attimo, senza ragioni né per trovarsi né per abbandonarsi.

Viviamo tutti dentro una narrazione: una società che sceglie di raccontarsi così poveramente, non potrà che produrre individui che incarnano tali carenze nelle loro soggettività; gli interventi di prevenzione dovrebbero perciò educare al recupero dei valori altri, come la possibilità di sognare, quindi innamorarsi, con una musica o con un racconto. Per loro stessa natura gli adolescenti hanno bisogno di superarsi, di provare la forza di desiderare in una sfida continua che permetta di costruire un sentimento identitario capace di vivere il conflitto, ma se la lotta, l'impegno, il desiderare vengono svuotati del loro valore, si corre il rischio che la sfida, invece di giocarsi sul terreno del mondo e dell'orizzonte di senso, si rivolga sempre e solo contro sé stessi.

Bibliografia

Rossi P., "La Natura, il mangiare, la cultura", in L. Dalla Ragione, *La casa delle Bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.

Ferraris M., *Il tunnel delle multe. Ontologia degli oggetti quotidiani*, Einaudi, Torino 2008.

Galimberti U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2003.

Girard R., *Menzogna romantica e verità romanzesca*, Bompiani, Milano 1965.

FABIOLA DE CLERCQ*

“IN FORMAZIONE”. INDICAZIONI IN MATERIA DI COMUNICAZIONE SOCIALE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DELL’IMMAGINE CORPOREA

1. “Tutto il pane del mondo”

Nell’ottobre del 1990 viene pubblicato dalla casa editrice Bompiani il libro autobiografico *Tutto il pane del mondo*, in cui racconto la mia sofferenza di vent’anni vissuti tra anoressia e bulimia. Un libro definito dai critici “niente fumo, tutto arrosto” per indicarne la significatività e l’importanza, e diventato nel giro di un mese primo nelle classifiche dei *bestseller*, tradotto in nove lingue. Fino al momento in cui ho scelto di scrivere il racconto della mia malattia e cura, non si trovavano in Italia riferimenti in cui un soggetto sofferente potesse sapere qualcosa del proprio disagio e formulare una domanda di cura. L’anoressia e la bulimia non erano nominate in Italia. Se una malattia non ha nome, questa non esiste; così, ad esempio, era successo con altri fenomeni, come la tossicodipendenza, negli anni Settanta. Nell’intento di dar nome al disagio anoressico-bulimico ho ritenuto perciò che la via più semplice fosse quella della scrittura, del racconto del mio disagio e del mio incontro con la cura psicoanalitica. In pochi giorni *Tutto il pane del mondo* ha toccato migliaia di donne che si sono potute riconoscere in questo testo: il libro ha promosso un movimento spontaneo nella stampa e nelle reti televisive che lo hanno sostenuto e divulgato con ritmi incalzanti.

È stato quello il momento in cui ho deciso anche di rispondere alle richieste di aiuto che mi giungevano da tutte le regioni d’Italia e di ricevere molte lettrici che mi chiamavano da Roma e dal Lazio. Il loro sintomo era un vizio imperdonabile, una maledizione, una colpa inconfessabile, qualcosa che da lunedì avrebbero cercato di eliminare con la volontà oppure con strategie che si perdevano in qualche ora.

Nell’aprile del 1991, sei mesi dopo la pubblicazione del libro, ho deciso di fondare l’Associazione per lo studio e la ricerca sull’anoressia, la bulimia e i disordini alimentari (ABA) e poco dopo mi sono trasferita a Milano. Venti anni fa ho avuto il coraggio di nominare l’anoressia e la bulimia, rompendo così una strana omertà. Fino ad allora i Disturbi Alimentari erano stati oggetto di studio e cura soltanto in ristretti ambienti psichiatrici. Attraverso la pubblicazione di *Tutto il pane del mondo* si è creato un ponte tra persone sofferenti e la possibilità di nominare il proprio dolore e trovare un luogo di cura.

Come racconta la sua stessa fondazione, ABA è sempre stata immersa e si è sempre posta come interlocutrice del contesto socio-culturale e mediatico: il libro è stato prima di tutto un

* Fondatrice Centri ABA.

evento comunicativo. In ABA da vent'anni riconosciamo l'importanza di interrogare il contesto. Il disagio, che certo ha profonde radici nella storia personale, non è avulso dal clima socio-culturale in cui si vive: pensarlo scisso dal suo contesto e curabile senza tener conto dell'ambiente in cui si è creato va nella linea dell'onnipotenza, già tanto cara alla logica anoressica.

Per questo abbiamo deciso di inserirci nell'ambito del Progetto Nazionale "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale nei Disturbi del Comportamento Alimentare" promosso dal Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche sociali e dal Ministro della Gioventù all'interno del Protocollo di intesa "Guadagnare Salute" con un progetto che avesse come obiettivo quello di creare una sinergia tra mondo della clinica e mondo dei media, *on e off line*.

Questa scelta non disconosce l'importanza delle componenti individuali nell'emergere di questo disagio, ma riconosce al contesto un ruolo significativo: il clima mediatico e comunicativo, a seconda del suo modo di porsi, può diventare paradossalmente sia elemento di rischio, aumentando il diffondersi del disagio attraverso messaggi comunicativi sbagliati, sia strumento per una sua prevenzione, attraverso messaggi in grado di avvicinare le persone alla conoscenza del disagio e ai luoghi di cura.

La questione è molto complessa: come comunicare in modo etico ed efficace in merito ai Disturbi del Comportamento Alimentare? La non comunicazione rappresenta l'omertà e fa sentire le persone isolate e sole, mentre dall'altra rischia di colludere con la paura di guarire. Qui si pone un ulteriore dilemma: comunicare, ma come? Il rischio della comunicazione è rappresentato sia dal rischio di incentivare fenomeni di simulazione, sia da quello di allontanare chi non è direttamente coinvolto nel disagio, inducendo il pensiero che in fondo è una sofferenza che non li riguarderà mai.

Un detto africano recita all'incirca così: "chi dà un nome a qualcosa, ne diviene responsabile". Questo progetto, ben lungi dal proporre soluzioni o risposte esaustive all'annoso problema del come comunicare circa una tematica così delicata come i DCA, desidera aprire degli interrogativi e degli spazi di riflessione che coinvolgano clinici e comunicatori. Tutto il progetto è permeato da questo detto: richiamare alla responsabilità di ciò che si nomina, alla responsabilità delle parole e delle immagini che possiamo utilizzare sia come clinici durante la seduta con il paziente, sia come comunicatori. Responsabilità di cui ho cercato di farmi carico fin dalla fondazione di ABA, nominando l'anoressia e la bulimia e attivando le risorse perché fosse possibile creare un luogo di cura.

A distanza di vent'anni dalla pubblicazione del libro, da un'analisi della Rassegna Stampa ABA, emerge come la popolazione italiana sia passata da una totale disinformazione da parte dei mass media, che ha caratterizzato gli ultimi dieci anni, ad un massiccio bombardamento allarmistico, scioccante, sui disordini alimentari, per lo più trattati nelle pagine di cronaca nera. Dall'analisi dei contenuti di articoli di stampa e internet spesso emerge un uso improprio di immagini, concetti e termini, da parte degli stessi giornalisti, dovuta alla difficoltà di accedere a fonti informative autorevoli. È emerso, inoltre, un profondo scollamento tra mondo della comunicazione e chi si occupa professionalmente di studio, ricerca e cura sui DCA. Ne consegue l'importanza di rivolgere attività di informazione e sensibilizzazione, oltre che alla scuola e alla famiglia, agli operatori del settore comunicazione (TV, Stampa, In-

ternet, Radio), affinché siano “culturalmente attrezzati” rispetto alle problematiche relative ai Disturbi Alimentari e all’immagine corporea. In una società in cui la salute pubblica e il benessere individuale acquistano sempre maggiore rilevanza diventa prioritario non solo conoscere gli effetti che tali disturbi comportano, ma anche comprenderne le dinamiche.

2. Il progetto InFormAzione

In Italia circa 3 milioni di persone sono affette da un DCA; l’età di insorgenza di queste patologie si colloca prevalentemente tra i 12 e i 25 anni: l’8-10% delle ragazze e lo 0,5-1% dei ragazzi soffre di anoressia-bulimia; in questa fascia d’età i DCA rappresentano la prima causa di morte. È da sottolineare, inoltre, come queste percentuali rappresentino solo la punta di un fenomeno ancora in parte sommerso.

La diffusione di queste patologie, oltre che essere frutto di comportamenti individuali, è fortemente influenzata dal contesto sociale, dalle leggi e dalle politiche di un mercato sempre più saturante e consumistico. In quest’ottica, l’eziopatogenesi di tali disturbi riguarda anche gli stereotipi di bellezza e perfezione che i veicoli mass mediatici propongono ad un vasto pubblico. La ricerca di un’identità individuale in grado di distinguersi dalla massa, pur appartenendovi, è fortemente influenzata, soprattutto nell’età dell’adolescenza, da continui bombardamenti relativi a nuovi modelli nei quali potersi identificare. L’obiettivo del progetto *InFormAzione* è, dunque, quello di sensibilizzare ed equipaggiare gli operatori del settore comunicazione con un bagaglio culturale sufficiente a veicolare messaggi appropriati nell’ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Per raggiungere questo risultato è stata identificata una duplice modalità: la prima consiste nella creazione di una piattaforma web in grado di predisporre uno scambio continuo tra mondo della ricerca e cura sui disturbi alimentari e mondo della comunicazione e dell’informazione [www.bulimianoressia.it/areariservata/pressarea_piattaforma_elenco.jsp].

Questa piattaforma comprende il materiale informativo relativo ai Disturbi Alimentari, nell’intenzione di esplicitare e chiarificare dinamiche molto spesso complesse legate a questi disturbi. È stato comunicato ai contatti stampa come accedere a quest’area a loro riservata sollecitando la produzione di un *feedback* in merito al materiale. Per facilitare questo compito è stato, inoltre, predisposto un questionario online diretto specificamente agli operatori della comunicazione con domande a risposta multipla per analizzare la comprensibilità del testo e domande a risposta aperta per poter fornire preziosi consigli e critiche: il fine è quello di sviluppare e migliorare i concetti della dispensa nell’intento di produrre un documento finale contenente delle indicazioni per una comunicazione etica e responsabile nel campo dei DCA, una comunicazione volta non solo ad evitarne la diffusione, ma avente un valore preventivo. L’intento che ha pervaso l’intero progetto è stato, infatti, quello di creare delle indicazioni che non pioveressero “dall’alto”, da un sapere esperto clinico avulso dal contesto, bensì indicazioni realmente efficaci e perseguibili in quanto co-costruite da un dialogo tra clinici e operatori del mondo della comunicazione.

Il secondo mezzo utilizzato per il raggiungimento dell’obiettivo prefissato è stato la presen-

tazione di un documento finale frutto di questo interscambio contenente indicazioni in materia di comunicazione sociale sui DCA e sull'immagine corporea, presentato nell'ambito della conferenza svoltasi il 21 settembre 2009 alla presenza di operatori nel settore della comunicazione. Tale conferenza, intitolata "In FormAzione: anoressia, bulimia, obesità e i Media", è stata orientata per sensibilizzare formare e informare gli operatori della comunicazione nonché per distribuire il documento nato da una rete di sinergie, esperienze e competenze tra clinici impegnati nello studio e nella cura dei Disturbi Alimentari e operatori della comunicazione. L'intenzione che ha guidato e pervaso le diverse fasi del progetto è stata quella di trasformare un fattore di rischio in un fattore preventivo; in particolare far sì che la componente culturale e mediatica divenga uno strumento fondamentale per elevare il livello d'informazione sui Disturbi del Comportamento Alimentare. In sintesi, il progetto ABA può considerarsi non solo un punto d'arrivo, ma anche un punto di partenza per una comunicazione efficiente in campo clinico e della prevenzione affinché il lavoro di rete permetta di affrontare con professionalità e competenze i DCA.

3. Spunti di riflessione

Si tratta di un progetto pilota, unico nel suo genere data la particolarità della rete formatasi: il mondo dei curanti incontra il contesto mediatico; il contesto mediatico interroga il mondo dei curanti. Sulla base della sinergia creatasi tra clinici e comunicatori che hanno collaborato a questo progetto sono emersi degli spunti riflessivi che non hanno la pretesa di essere esaustivi o di fornire risposte chiare e definite, ma aprire degli interrogativi su cui vale la pena soffermarsi.

In primis, ogni volta che si comunica sia come clinici sia come operatori è importante tenere bene a mente come ogni utente sia una persona. Chiunque, infatti, può accedere ai messaggi mediatici: il bambino, l'adolescente, chi soffre di Disturbi Alimentari, i familiari coinvolti, persone lontane da questo tipo di problemi. A partire dalla singola esperienza, ognuno interpreta e percepisce il messaggio in modo soggettivo ed è facile comprendere come i rischi di una comunicazione poco attenta siano molteplici. In base ad un'utenza così diversificata, l'interpretazione del messaggio non è solamente quella data nelle intenzioni del comunicatore, ma può assumere aspetti specifici nella percezione di chi la riceve. La comunicazione, in particolar modo quella sociale per la delicatezza dei temi trattati, rischia maggiormente di essere fraintesa e di passare un contenuto non voluto.

Un secondo elemento è inerente alle immagini. Queste sono potenti strumenti di comunicazione: in una società in cui si tende ad ottimizzare il tempo, le immagini superano la semantica della parola, trasmettendo un'emozione in maniera diretta, non mediata. Esse, infatti, richiedono un minor tempo di elaborazione rispetto ad un testo scritto o ascoltato: anche chi non è coinvolto in prima persona nella percezione del messaggio viene colpito dalle immagini in esso contenute e si trova partecipe nell'elaborazione di un significato. La quantità di stimoli che circolano è talmente elevata da indurre il comunicatore ad utilizzare figure sempre più crude per colpire l'attenzione dell'utente. Tramite questa strategia si può generare un duplice rischio: da un lato quello di sconvolgere a tal punto da rendere impossibile un'elaborazione più

profonda; dall'altro quello di anestetizzare l'utente già esposto ad una escalation di immagini sempre più forti. Emerge, quindi, come la sfida per il comunicatore, soprattutto nel campo sociale, sia quella di uscire dalla dinamica della violenza affinché un messaggio possa essere elaborato in modo profondo e reale dall'utente. Nonostante la rilevanza delle immagini, in questa sede evidenziata, è opportuno sottolineare l'importanza che rivestono le parole nel mondo dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Le parole esprimono concetti e rappresentano realtà la cui interpretazione talvolta è diversa dalle intenzioni e dal significato attribuito ad esse dal mittente. Le parole dette durante una trasmissione radio, televisiva, scritte su un giornale o via internet possono infatti promuovere dinamiche ignote e incontrollabili anche senza volerlo: spesso risultano perversamente seduttive e fruibili dal lettore adolescente o fragile e privo di una capacità critica specifica ed evoluta.

Una riflessione particolare merita internet: esso è un potente strumento di comunicazione. Come qualsiasi altro mezzo così altamente fruibile, il risultato ottenuto attraverso il suo uso dipende sempre da chi e da come viene utilizzato. Nel caso dei numerosi blog pro-Ana e pro-Mia ragazze giovanissime affette da Disturbi Alimentari si sostengono reciprocamente condividendo regole, consigli e trucchi su come ridurre la quantità di calorie ingerite e nascondere il proprio deperimento. Gli adolescenti sono i primi ad essere attratti da questi siti in quanto possono ritrovarvi le proprie difficoltà e utilizzare la realtà virtuale per essere accolti secondo una modalità non giudicante. Consegnare nelle mani di questo segmento più fragile della nostra società le chiavi per raggiungere facilmente questi blog, o spiegare nel dettaglio cosa essi contengono può rappresentare un modo per rinforzare l'idea che anoressia e bulimia siano forme di innalzamento spirituale. Del resto internet è alla portata di tutti ed è pertanto impossibile controllare preventivamente ogni nuovo materiale introdotto sulla rete: è invece possibile evitare di dare suggerimenti e indicare link dove possono essere trovate certe informazioni.

Inoltre, se per qualsiasi tipo di messaggio mediatico è importante riportare i riferimenti completi atti a individuare l'origine delle informazioni inserite e a constatarne la verificabilità, lo è forse ancora di più nel campo della comunicazione sociale. Si parla spesso di Disturbi del Comportamento Alimentare: vengono offerte opinioni, soluzioni, risposte molteplici, ma non tutte sono attendibili. Per poter offrire una lettura adeguata al fenomeno che tenga conto delle ripercussioni che può avere il messaggio mediatico è dunque consigliabile rivolgersi ad esperti del settore che abbiano un'esperienza di studio, ricerca e clinica riconosciuta. È possibile fare prevenzione dei disturbi alimentari in numerosi modi, tra questi prezioso è il contributo dei comunicatori. Con le conoscenze corrette e appropriate sul tema dei DCA è possibile infatti veicolare messaggi più adeguati attraverso una vera e propria comunicazione sociale. In questo modo i fattori di rischio e la probabilità di diffusione della malattia possono essere trasformati in fattori preventivi che contribuiscano realmente a ridurre un problema di rilevanza sociale attraverso una comunicazione responsabile.

STEFANO VICARI*

IL PROGETTO TIMSHEL: TU PUOI

Premessa

Il progetto Timshel fa parte di un programma di lavoro promosso congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero delle Politiche giovanili nel 2007, avente per obiettivo la promozione di azioni di assistenza e prevenzione sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA); la collocazione del progetto all'interno dell'area media e web è legata all'azione informativa e di prevenzione che svolge sulla rete internet web (prevenzione media, giornali, tv e web).

Il progetto nasce come risposta al dilagare dei siti pro-Ana e pro-Mia presenti sulla rete internet soprattutto per opporsi alla cattiva informazione veicolata ad adolescenti e giovani. In questi siti, l'anoressia viene infatti rappresentata come una "divinità" a cui le adolescenti si possono, o meglio, si devono immolare. Si aderisce così ad un "culto" che prevede "il decalogo dell'anoressica", la preghiera ad "Ana" ed altre terribili modalità di relazione, aventi in definitiva come obiettivo finale l'autodistruzione della persona coinvolta.

Il primo aspetto che occorre segnalare al riguardo è che fino alla presentazione del progetto Timshel questa, inquietante, presenza sulla rete non era arrivata all'attenzione dei media e nemmeno a quella degli stessi operatori del settore. Il 3 marzo del 2008 presso il Ministero delle Politiche Giovanili, tutti i progetti ammessi al finanziamento sono stati presentati in un conferenza stampa; per ognuno sono stati descritti i motivi, il contesto operativo e i vari obiettivi finali.

Queste informazioni sono successivamente state riprese ed illustrate in articoli e servizi audio e video che hanno avuto una larghissima diffusione, determinando un'importante presa di coscienza da parte dell'opinione pubblica, delle istituzioni, degli utenti della rete ed anche degli stessi blogger, favorendo l'innescarsi immediato di un cambiamento. Un cambiamento che si può misurare già nelle settimane successive alla conferenza, durante le quali il governo francese ha preso la decisione di chiudere i blog di questo tipo con il varo di una legge apposita. Tralasciando in questa sede la valutazione circa l'opportunità di una simile iniziativa è comunque evidente segnalare come gli argomenti trattati in quella conferenza stampa siano stati un primo tentativo di modificare la situazione, come un "sasso lanciato nella palude", che ha colpito la sensibilità e la coscienza degli operatori stessi della comunicazione. Concretamente il progetto è articolato secondo quattro direttrici di lavoro che corrispondono alle fasi principali della sua realizzazione: il primo livello è stato la creazione del sito grazie al quale si è concre-

* Direttore U.O. di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù".

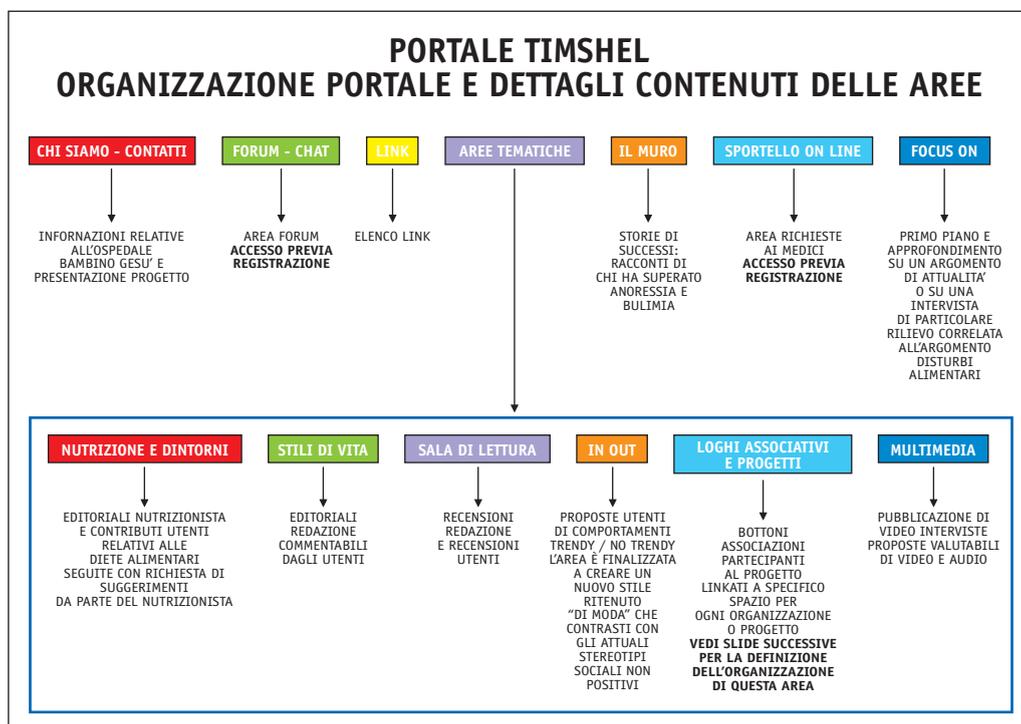
tizzato il secondo livello rappresentato dalla pubblicazione di contenuti e dal terzo, relativo al monitoraggio dei siti pro-Ana e pro-Mia; su queste basi è stato possibile dare avvio alla quarta e ultima parte del progetto che ha permesso di intercettare i principali bisogni clinici.

1. Creazione del sito e pubblicazione dei contenuti

Primo *step* del progetto è stato la creazione di uno specifico spazio sulla rete internet sul tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare (www.timshel.it): progettazione, creazione e gestione di questo spazio sono state rese possibili dalla preventiva costituzione di un *team* di progetto composto da grafici, informatici e soprattutto psicologi. In particolare la filosofia che sottende al sito è ambiziosa, volendo essere al contempo un veicolo informativo, punto di riferimento di grande serietà e rigore scientifico e, contemporaneamente, un sito vicino al linguaggio e allo stile degli adolescenti e dei giovani, in genere restii a recepire messaggi "istituzionali".

Per questo, attraverso una collaborazione multidisciplinare, è stato così realizzato un sito con precise caratteristiche in termini di grafica e contenuti che potesse essere in grado di parlare un linguaggio accettato dagli adolescenti, di impostare una cifra grafica accattivante e di fornire funzioni di relazione e *community* fra gli utenti, offrendo al tempo stesso assistenza e servizi. Successivamente sono state definite le aree e le sezioni del sito, insieme alla grafica e alle modalità d'accesso ai livelli d'informazione e ai servizi da questo veicolati.

L'immagine successiva rappresenta sinteticamente la struttura del sito:



Il *team* di progetto è caratterizzato per essere multidisciplinare secondo precise competenze: comunicazione, grafica, informatica e clinica.

Ogni argomento pubblicato, ogni nuova iniziativa, viene preventivamente discussa e vagliata sotto tre diversi punti vista: comunicativo, psicologico e informatico.

Ogni messaggio, infatti, deve, in primo luogo, essere comunicato in un linguaggio accessibile anche ai giovani, inoltre non deve contenere elementi critici che possano deviare i lettori e infine deve essere riconosciuto corretto ed utile. Analogamente ogni componente dei singoli item informativi viene vagliata e condivisa anche se questo comporta un riciclo nell'attività redazionale.

Particolare attenzione viene inoltre posta nella valutazione della comunicazione psicologica al fine di evitare effetti distortivi nella platea di utenti del sito. Relativamente alla rispondenza della rete, è importante notare che il sito, in linea dal giugno 2008, si è subito qualificato come un sito di riferimento: le pagine viste fino a luglio 2009 sono state 105.469, con una media giornaliera di 1.099 pagine; 18.775 sono i visitatori diversi, dei quali 622 sono diventati utenti registrati.

Va ricordato che queste cifre espresse in termini assoluti, assumono un valore particolare se rapportate alla natura fortemente specialistica dell'argomento del sito.

2. Monitoraggio dei siti pro-Ana e pro-Mia.

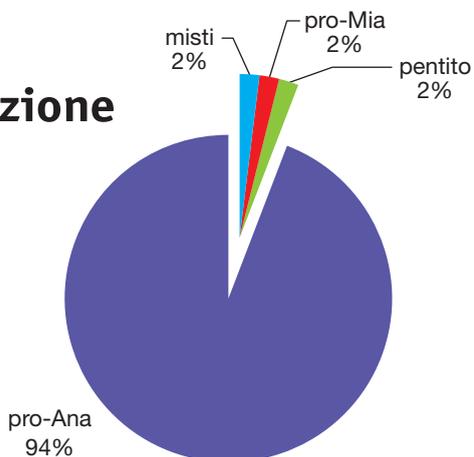
L'aspetto centrale del progetto è stato comunque il monitoraggio dei siti pro-Ana e pro-Mia che ha permesso di effettuare una prima valutazione dell'ampiezza del fenomeno e della sua evoluzione: sono stati infatti classificati e monitorati più di 170 siti, in gran parte di tipo "blog".

Dopo l'iniziale individuazione tramite motori di ricerca con parole chiave adeguate, i siti sono stati memorizzati in una lista e quindi visitati regolarmente nel periodo compreso tra giugno 2008 e settembre 2009 verificando, in particolare, i seguenti parametri:

- ispirazione: pro-Ana, pro-Mia o misto;
- stato: attivo, chiuso o privato;
- sesso dei titolari
- età
- anno di pubblicazione
- contatore visite.

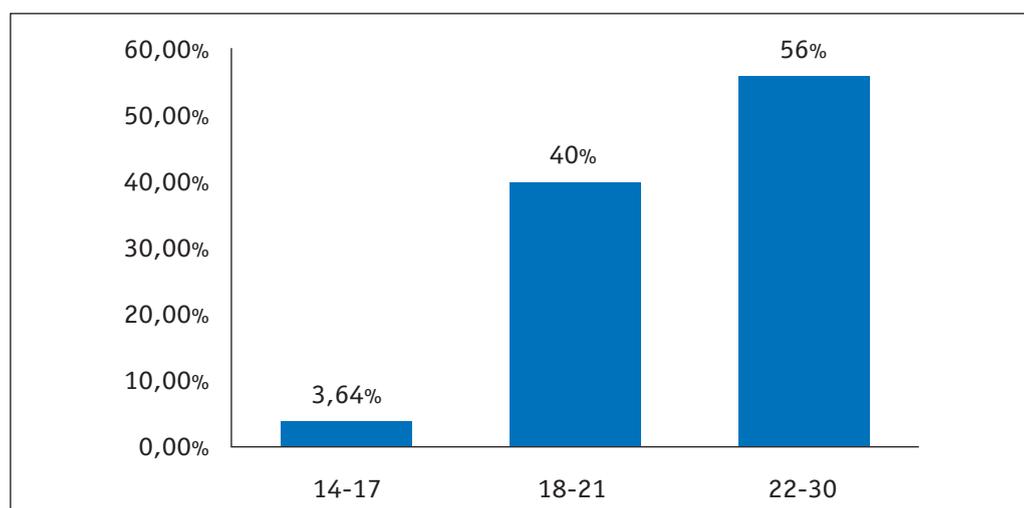
La quasi totalità dei siti esaminati sono dedicati all'anoressia (circa il 94%), il 2% di siti si dedicano indifferentemente all'anoressia e alla bulimia, mentre il 2% solo alla bulimia; il restante 2% riguarda siti i cui titolari si dichiarano "pentiti".

Blog per ispirazione



Per quanto riguarda lo stato dei siti monitorati, un primo dato rilevante è quello della mortalità di questo tipo di blog: a settembre 2009 ne sono rimasti attivi meno della metà e circa il 30% sono diventati privati (ad accesso riservato agli utenti registrati ed accettati). Il dato relativo al sesso dei titolari dei siti è significativo dal momento che è risultato che tutti i blog presi in esame e tuttora aperti sono risultati ideati e gestiti da ragazze e giovani donne.

Dal punto di vista delle età, come si può vedere dal grafico, chi gestisce questi siti ha un'età in gran parte compresa nella fascia tra i 22 e i 30 anni (56%); sono invece relativamente poche le giovanissime con meno di 18 anni, pari a circa il 4% del totale.



Gli ultimi due indicatori relativi all'anno di pubblicazione e al contatore delle visite sono i più difficili da reperire: i siti più vecchi risultano creati nel 2006, ma sono molti i siti nei quali non viene indicata una data. Anche l'indicatore delle visite non è sempre disponibile nella *home page* e se esiste non sempre è attendibile. Il valore maggiore è del sito: <http://anaregzig.blogspot.com> "dying to be thin" un blog pro-Ana, come si dichiara, in lingua inglese, che mostra un valore vicino alle 500.000 visite.

Pur non potendo considerare questo insieme di blog e di siti un campione statistico rigoroso, certamente il suo studio ci fornisce qualche indicazione circa l'evolvere del fenomeno dei siti pro-Ana. Il fenomeno già dopo la campagna di stampa dell'aprile 2007 si è modificato. Molti siti hanno chiuso, altri ancora sono passati dall'essere visibili a tutti ad esserlo solo per gli "iscritti".

Anche il tenore dei *feed* o dei *post* (informazioni e risposte lasciate dai visitatori nei blog o nei forum) è cambiato; sono comparsi anche quelli di persone che contestano i contenuti espressi nei siti pro-Ana.

La connotazione di genere resta stabilmente di tipo femminile, tutti i siti e i blog analizzati sono risultati di ragazze e giovani donne. La fascia d'età si è spostata oltre l'adolescenza, 24 anni sembra essere l'età più diffusa, ci sono anche ragazze che dichiarano 27 e 29 anni. Le teenager sono una minoranza. Anche il livello culturale nella gran parte dei casi è alto, in gran parte si tratta di ragazze che frequentano la scuola superiore e l'università. La cifra grafica dei blog esaminati è di buon livello, a volte ricercata e attenta ai particolari, così come le letture consigliate e la musica risultano non banali e frutto di una scelta precisa. Molte di queste informazioni sono state prese in considerazione anche per la pubblicazione di specifici articoli.

3. Intercettazione dei bisogni clinici

La finestra aperta sulla rete ha determinato una reazione in ordine alle richieste di aiuto, che molto spesso si sono tradotte in richieste di tipo medico. È stato per questo attivato un numero telefonico dedicato presso il reparto di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Il servizio di consulenza telefonica è stato attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 15,00; il contatto telefonico tenuto da una psicologa inserita nell'U.O. e dedicata a questo aspetto. All'interno dell'unità operativa di Neuropsichiatria Infantile di OPBG, il modello d'intervento adottato per la cura e la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare è quello "multidisciplinare integrato" che prevede un lavoro sinergico tra le discipline, pediatriche, specialistiche psico-farmacologiche. La presenza di una psicologa, che svolgeva il servizio di consulenza telefonica, ha permesso dunque oltre all'offerta di un ascolto qualificato delle esigenze dei vari interlocutori, anche la possibilità di avviare percorsi diagnostici operativi nei casi più urgenti. Così molto spesso le telefonate che inizialmente si connotavano come telefonate fatte per avere informazioni, emergendo durante il colloquio situazioni di vero e proprio disagio, si sono tradotte in richieste di DH diagnostico.

Gli utenti adulti sono stati indirizzati ai vari centri specializzati sul territorio nazionale. Si segnala al riguardo l'opportunità di rendere pubblico il censimento delle strutture DCA funzionanti sul territorio nazionale al fine di rendere più agevole la loro localizzazione.

L'andamento delle telefonate è stato di circa 60/70 chiamate mensili con picchi nei mesi di novembre 2008 (conferenza stampa a palazzo Chigi) e nei mesi di marzo aprile e maggio 2009 (20-25 telefonate al giorno). La zona di provenienza è stata prevalentemente quella del centro Italia, seguita dal sud Italia e dalle isole (Sicilia, Calabria e Campania) con una minore incidenza del nord Italia. La maggioranza degli utenti del servizio di consulenza telefonica si è detta molto soddisfatta di un servizio fatto di disponibilità all'ascolto coniugato con l'affidabilità clinica.

Sapere che dietro l'iniziativa del progetto Timshel e della disponibilità della consulenza telefonica ci fosse la struttura ospedaliera del Bambino Gesù di Roma è stato un elemento di grande rassicurazione e fiducia per gli utenti. Un altro elemento che si è potuto desumere dai colloqui telefonici è l'enorme bisogno di informazione al riguardo dei DCA che specialmente nelle isole è fortemente sentito, in particolare nelle scuole, come hanno potuto testimoniare insegnanti e presidi che per questo si sono rivolti al nostro servizio. Molti utenti del Sud e delle isole si sono rivolti a questo servizio telefonico lamentando l'assenza nelle loro regioni di centri di diagnosi e cura dei DCA, o per una reale assenza di questo servizio o per la scarsa informazione sull'attività di quelli esistenti.

In gran parte il servizio di consulenza telefonica è gradito in misura maggioritaria dalle madri che sono state circa l'80% degli utenti, anche se non sono mancati padri, zie e amici in genere preoccupati e desiderosi di aiutare un parente o un'amica che presentava i sintomi di DCA. Il bisogno espresso dai genitori è soprattutto quello di cercare di comprendere i motivi scatenanti del disagio, tutti hanno comunque espresso un'aumentata sensibilità ai temi dei DCA frutto anche dell'aumento di informazione sui media. Altro importante aiuto fornito dalla consulenza telefonica è stato quello di dare indicazioni e sostegno ai genitori riguardo il comportamento da tenere fino al giorno dell'appuntamento e il comportamento da tenere riguardo eventuali peggioramenti, e soprattutto se forzare o meno l'alimentazione.

In conclusione possiamo dire che le due azioni sulla rete e l'avvio del servizio di consulenza telefonica sono state molto utili, hanno promosso informazione corretta, sono state veicolo di prevenzione, fornendo sostegno e ove possibile cura.

Dall'esperienza di lavoro maturata nella conduzione di questo progetto emerge l'urgenza del bisogno d'informazione sui Disturbi del Comportamento Alimentare, non ancora risolto; inoltre la necessità di aumentare l'informazione sull'attività dei centri specializzati nella cura dei DCA in Italia si coniuga a quella di creare una rete di collegamento fra i centri stessi anche in ordine alla cura e al follow-up dei pazienti. Infine si profila il forte bisogno di avviare un'attività informativa nelle scuole e di formazione degli operatori scolastici, anche alla luce dell'utilità riscontrata nella presenza qualificata di operatori sulla rete internet, intesa come luogo di incontro e scambio di informazioni con giovani ed adolescenti.

VALENTINA UGOLINI*

LA “RETE” DEL CAMBIAMENTO: L’APPROCCIO DEL WEB TERAPEUTA NEI DCA

Come ogni patologia della soggettività, il Disturbo Alimentare veste gli abiti della sua epoca e del contesto socio-culturale all’interno del quale si inserisce; la stessa patoplasticità che caratterizza il disturbo nel suo adattarsi ai decorsi storico-sociali, interessa, allo stesso modo, anche il sapere medico che varia analogamente al variare delle società e delle culture. Sviluppare categorie e metodi per comprendere ed indagare il complesso panorama delineato richiede l’adozione di un paradigma dinamico, sensibile ai continui mutamenti e attento alle loro possibili implicazioni.

Un valido strumento per la comprensione del problema è rappresentato dall’analisi delle narrazioni dell’esperienza diretta di malattia, il cui esame può andare a costituire una sorta di “etnografia dell’esperienza”, funzionale alla considerazione del problema della patologia del Disturbo del Comportamento Alimentare nella sua complessità sia sintomatologica che esistenziale.

Le narrazioni sono strumenti culturali che ricompongono le esperienze irregolari del malessere in ordine di significato: la persona che soffre avanza sempre una forte richiesta di senso, vuole inquadrare la malattia, la propria esperienza in un significato.

Attualmente tali narrazioni avvengono in un luogo d’elezione che è la vastità del mondo digitale: i flussi discorsivi prodotti dagli utenti della Rete soddisfano questa particolare esigenza di significazione, a partire dalla loro caratteristica principale di avvenire all’interno di un setting, contraddistinto da eticità, condivisione, legame, affettività, solidarietà, comprensione ed affiatamento.

Le conversazioni che prima avvenivano nelle piazze del paese hanno ora come palcoscenico proprio la vastità del mondo digitale: internet è il principale canale di comunicazione, condivisione e fonte di reperimento d’informazioni, in particolare tra i soggetti dai 12 ai 35 anni, fascia d’età maggiormente colpita da DCA e che usufruisce in maggior misura della Rete come mezzo principale per scopi informativi, comunicativi e di condivisione.

Non si può dunque ignorare l’ampia diffusione dei nuovi canali digitali quali strumenti di comunicazione, condivisione emozionale e divulgazione, soprattutto di internet che, con la sua rapida crescita ed evoluzione social, mette a disposizione nuove risorse e nuovi mezzi per una conoscenza di grande portata e potenza, facilmente fruibile, in quanto all’utenza spesso non è richiesta alcuna competenza tecnologica ma, contemporaneamente, in grado di modificare profondamente stili di vita e comportamenti, alterando la

* Operatore Numero Verde SOS DCA Ministro della Gioventù e ASL 2 dell’Umbria.

percezione spazio-temporale e gli assetti cognitivi ed affettivi.

1. Il movimento Pro-Ana

Proprio nell'universo mediatico del web si va espandendo il fenomeno, strettamente legato ai DCA, rappresentato dalla comparsa e diffusione del movimento Pro-Ana: si tratta di un insieme decisamente eterogeneo di siti, blog e forum creati da ragazze e ragazzi principalmente adolescenti che raccontano la loro quotidiana convivenza con l'Anoressia o la Bulimia, considerate come vere e proprie compagne di vita, umanizzate quasi nella loro consistenza. I primi blog con queste caratteristiche sono apparsi inizialmente negli Stati Uniti alla fine degli anni Novanta e si sono successivamente diffusi a macchia d'olio in tutta Europa: i termini "Pro Ana" e "Pro Mia" significano letteralmente pro-Anoressia e pro-Bulimia.

Entrando nello specifico dei contenuti che vengono veicolati, si può affermare che si tratta di una vera e propria "filosofia di vita" ispirata al Disturbo del Comportamento Alimentare nella quale vengono dispensati consigli su "come ammalarsi per essere perfette". Equiparate a divinità, Ana e Mia diventano punti di riferimento, essenze umanizzate di fronte alle quali prostrarsi in cambio di felicità e perfezione, i messaggi diffusi, veri e propri *claim* analoghi a messaggi pubblicitari, vengono seguiti come un credo di vita. All'interno di questi spazi telematici si vengono a formare reti di supporto per scambiarsi consigli su come dimagrire e compensare, per raggiungere un modello di magrezza mortale, elevando a protagonista l'andamento della propria "dieta".

Il comportamento prevalente tra gli operatori del settore è spesso quello di ghezzizzare questa realtà, additandola come con-causa dello sviluppo dei DCA; la tesi che qui si sostiene, invece, è che l'agente causale dell'anoressia non è un virus informatico che si prende tramite il computer e che può essere sconfitto semplicemente sterilizzando un sito infetto (Piccini, 2008). Considerato alla luce di questa ottica, infatti, lo scambio di vissuti e narrazioni che, attraverso il confronto, il dialogo, la condivisione, avviene nella Rete tra i membri del movimento "pro-Ana", ha sortito effetti benefici in taluni casi, portando fino alla presa di coscienza della situazione di malessere.

Come si può leggere navigando nei vari blog, la presenza di tanti siti, blog e forum collegati al fenomeno pro-Ana e pro-Mia, può essere interpretata secondo diversi punti di vista; secondo un'interpretazione questi siti devono essere considerati come effetto della concretizzazione di una sfida narcisistica lanciata da queste persone nei confronti di un mondo dal quale non si sentono comprese ed accettate, la voglia di auto-affermazione cerca quindi una conferma e un sostegno nella diffusione del messaggio. Del resto è innegabile che molti dei messaggi veicolati possono rappresentare una richiesta d'aiuto rivolta proprio a quel mondo che si vuole sfidare, espressione di un bisogno di relazione e considerazione, forse di un disagio non imputabile o comunque non ridicibile solo alla presenza, spesso neanche accertata, di un Disturbo del Comportamento Alimentare.

A ragione di queste considerazioni la censura di questi siti e quindi la conseguente chiusura di questi spazi del web non sortirebbe alcun effetto positivo: non c'è bisogno di una disinfezione da agente patogeno. Nel web, inoltre, non è mai completamente possibile elimi-

nare un contenuto in modo definitivo, una traccia, magari leggera, rimane comunque; di conseguenza è auspicabile piuttosto che, qualora si ritenga necessario adottare misure di contrasto, lo si faccia attraverso la promozione di una positività che possa contrapporsi dall'interno ai messaggi nocivi diffusi in Rete.

Non occorrono armi per la guerra, piuttosto parole di comprensione, testimonianze di vita e spazi per lottare mano nella mano verso la guarigione: l'unione, anche in questo caso, può fare la differenza e queste persone sono unite proprio nel loro dolore, un dolore che soltanto loro possono comprendere e che viene condiviso, portato ai livelli della consapevolezza per uscire da quel mutismo ancora troppo spesso imposto dal bavaglio del pregiudizio sociale. Le riflessioni di *broadcast* e senso comune circa la relazione internet/DCA, legate ancora a visioni stigmatizzate del web e delle *community* pro-Ana e pro-Mia, contribuiscono a diffondere la fama noir di internet in relazione ai DCA, fomentata ed alimentata dal fatto che in questo particolare momento socio-culturale circolano, mediaticamente e non, molte informazioni e notizie al riguardo del tanto famigerato fenomeno pro-anoressia; il problema è che molte delle volte esse sono generiche, non approfondite da attente disamine e corrono di conseguenze il rischio di generare confusione verso i mittenti.

2. Il fenomeno pro-Vita

Queste convinzioni sono state in parte ridimensionate dai risultati di una ricerca d'estrazione socio-psico-antropologica, condotta in collaborazione con il Centro Studi di Etnografia Digitale. Attraverso l'analisi di ben 5.725 flussi di conversazioni web è stata, infatti, scoperta l'esistenza di un nuovo fenomeno, largamente diffuso, denominato Pro-Vita, costituito da donne e uomini, utenti della Rete, che promuovono la lotta ai Disturbi del Comportamento Alimentare in favore del percorso di cambiamento e guarigione, con evidenti caratteristiche di scontro a favore della riconquista della propria vita, assediata dal disturbo. I risultati prodotti sollecitano la riflessione circa l'importanza della funzione informativa e di supporto del web che si rivela, così, un possibile alleato sia nel periodo di attesa di un intervento specialistico, sia durante lo stesso percorso terapeutico: la Rete virtuale si configura così come Rete del cambiamento e offre una valida risorsa di auto-mutuo-aiuto, sostegno e motivazione, nell'attraversare il percorso di cura.

3. Il ruolo del web-terapeuta

Sempre all'interno del fenomeno pro-Vita è stata inoltre individuata e brevettata una nuova figura con grandi potenzialità, denominata Web Terapeuta; si tratta di un esperto nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare che, approcciandosi alla Rete, entra a far parte delle comunità digitali pro-Vita e offre ai membri un sostegno nel passaggio attraverso i vari stadi del cambiamento. Per poter penetrare all'interno della *community* ed essere accettata, questa figura di supporto deve dimostrare di possedere buone dosi d'empatia e di essere affine ai vissuti del gruppo; il suo ruolo è inqua-

drabile nel concetto di “facilitatore del cambiamento”, ovvero di stimolatore ed incoraggiatore di risorse, motivazione, consapevolezza e strumenti strategici intrinseci alla comunità, che una volta sollecitati ed esternati potranno fungere da forza motore nel percorso verso il cambiamento.

Tale processo di crescita interna è facilitato quando si è in grado di esprimere empatia, aumentare l'autoefficacia dei membri, senza tuttavia sovrapporsi ad essi né mostrandosi aggressivi o autoritari alle resistenze interne, al fine di non tendere alla verticalizzazione delle discussioni che sopprimerebbe la caratteristica dialogica, libera e concertata delle narrazioni di sé all'interno della Rete e, quindi, la produzione culturale data dall'Intelligenza Collettiva (Lévy, 1996).

Nel caso di riuscita dell'intervento da parte del web terapeuta, saranno poi gli stessi membri a incoraggiarsi tra loro a trarre, in prima persona, le conclusioni sull'origine dei propri sintomi ed a delineare eventuali pro e contro del cambiamento: la funzione di supporto consiste quindi nell'aiutare il soggetto a trovare autonomamente le soluzioni al proprio problema, sulla base della convinzione che una decisione riguardo ad un cambiamento assunta come personale, piuttosto che imposta dall'esterno, avrà effetti più duraturi.

Ogni membro della *community* pro-Vita è, infatti, l'attore protagonista del proprio cambiamento ed ogni suo tentativo in quella direzione viene incoraggiato, concertato, sostenuto e rinforzato nella motivazione dagli altri membri della comunità digitale, favorendo anche discussioni aperte circa l'ambivalenza. I membri della comunità sono orientati alla crescita, allo sviluppo personale ed al cambiamento, sostenuto dalle risorse messe in campo dalla *web-community*, in termini di supporto dell'ambiente interattivo, dialogico e di condivisione che fanno sì che sia possibile superare i problemi. I vari membri si sostengono tra loro ed il web terapeuta li incoraggia nel loro progetto di far emergere e rinforzare tali risorse, come protagonisti del proprio percorso, facilitando il processo naturale di cambiamento piuttosto che tentando di imporlo.

Da quanto detto emerge come il web possa essere considerato una risorsa preziosa per riappropriarsi della propria identità dilaniata dalla malattia: attraverso la narrazione del sé, il corpo recupera il senso della parola su se stesso e ritrova così, finalmente, il suo autore, scoprendosi anche in grado di dare una risposta a quella domanda di senso scaturita dall'esperienza della sofferenza. Nel riconoscersi parte legittima di un gruppo con il quale poter condividere la propria individualità queste persone scoprono come non sia necessario indossare maschere, si liberano del loro status di malati per ritrovare un posto nel mondo, il loro posto nel mondo, non più come pazienti ma come membri di una comunità unita nella lotta al Disturbo del Comportamento Alimentare. Il Web, favorendo questo passaggio epistemologico, permette di passare dal subire passivamente un ruolo al farsi artefici del proprio cambiamento in termini di positività e collaborazione e si rivela, pertanto, un importante convogliatore motivazionale e terapeutico all'interno del quale le persone riescono a portare avanti un'azione di resistenza simbolica nei confronti degli stereotipi e delle forme di dominio prodotte ed imposte dal contesto sociale. Sta a tutti noi “viralizzare” tale concetto, perché, come scriveva Tolstoj, “non si può spegnere il fuoco col fuoco, asciugare l'acqua coll'acqua, combattere il male col male”.

Bibliografia

- Aime M., Cossetta A., Il dono al tempo di Internet, Einaudi, Torino 2010.
- Bell R., La Santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo ad oggi, Laterza, Bari 2002.
- Bauer, B., Ventura M., (a cura di), Oltre la dieta. Una nuova cultura per i Disturbi Alimentari, Centro Scientifico Editore, Torino 1998.
- Boccia Artieri G., Network effect. Quando la rete diventa pop, Codice Edizioni, Torino 2009.
- Bruch H., Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia e personalità, Feltrinelli, Milano 1977.
- Caruso R., Mangiare l'amore, Franco Angeli, Milano 1998.
- Cova B., Il marketing tribale. Legame, comunità, autenticità come valori del Marketing Mediterraneo, Edizioni Il Sole 24 Ore, 2003.
- Deci E.L., Intrinsic motivation, Plenum Publishing, New York 1975.
- Favaro A, Santonastaso P., Anoressia e Bulimia, quello che i genitori (e altri) vogliono sapere, Positive Press, Verona 1996.
- Frigli L., Cuzzolaro M., Caputo G., Atti del Simposio Internazionale: Anoressia, Bulimia, Obesità. Disturbi del Comportamento Alimentare, Press Time, Roma 1988.
- Giglioli P. et al., Etnografia e ricerca qualitativa, Il Mulino, Bologna 2008.
- Goffman E., The Presentation of Self in Everyday Life, Doubleday, New York 1959.
- Gordon R.A., Anorexia and Bulimia. Anatomy of a social epidemic, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Kestemberg E., Kestemberg J., Decobert S., La fame e il corpo, Astrolabio, Roma 1973.
- Lévy P., L'intelligenza collettiva, Feltrinelli, Milano 1996.
- Lorenzini R., Sassaroli S., La mente prigioniera. Strategie di terapia cognitiva, Raffaello Cortina, Milano 2000.
- Novelletto A. (a cura di), Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza, Ediz. Borla, Roma 1986.
- Van der Eycken W., Van Deth R., Le origini traumatiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Astrolabio, Roma 1954.

Riferimenti ai siti web

Pro-Ana

- <http://ioproanamia.blogspot.com/>
- <http://figliadiundiominore.blogspot.com/>
- <http://persempreana.blogspot.com/>
- <http://blogproanawana.blogspot.com/>
- <http://anoressico.blogspot.com/>
- <http://ilmiosfogopersonale.blogspot.com/>
- <http://dentroimieisilenzi2.blogspot.com/>
- <http://chanelanoressia.splinder.com/>

Pro-Vita

<http://www.anoressia-bulimia.it/>

<http://www.chiarasole.it/>

<http://www.obesitalatuavoce.it/>

<http://www.positivepress.net/AIDAP>

<http://www.psicologi-psicoterapeuti.it/forum/viewforum.php?f=67&topicdays=0&start=0>

<http://psyco.forumfree.org/index.php?&showforum=17>

http://www.alfemminile.com/forum/show1_f122_1/psicologia/anoressia-e-bulimia.html

<http://www.sanihelp.it/forum/disturbi-alimentari/23224-anoressia-bulimia-obesit%E0-disordini-alimentari.html>

<http://www.valentinaugolini.com/>

<http://amorecontroana.blogspot.com/>

<http://chiarapersempre.blogspot.com/>

<http://anoressiabilimiaafterdark.blogspot.com/>

<http://gold.libero.it/briocioledipane/view.php?reset=1&id=briocioledipane>

<http://blog.libero.it/bulimiadivivere/>

<http://www.facebook.com/?ref=home#!/pages/Ragazze-che-soffrono-o-hanno-sofferto-di-anoressia-o-bulimia/113209955381311>

<http://www.youtube.com/watch?v=DBfKg1FwzVk>

<http://iolunatika.giovani.it/diari/1136565/vomitare.html>

<http://lacrimesorrisieparole.blogspot.com/>

<http://aislinghikari.blogspot.com/>

<http://www.vitadidonna.org/forum/anoressia-e-bulimia/>

http://www.forumsalute.it/community/forum_58_psicologia_e_psicoterapie/thrd_81062_i-disturbi_del_comportamento_alimentare_1.html

<http://www.salutein armonia.it/index.php>

http://www.salutein armonia.it/public/20110114150033-9543Capitolo_motivazione%20cambiamento

SARA FARNETTI*

“C’ERA UNA VOLTA LA SOLITA MINISTRA..”. MISS ITALIA PEDAGOGICA?

Trovare la modalità per comunicare ai giovani è determinante se vogliamo che i nostri messaggi siano efficaci. Sappiamo cosa dire ma non sempre come farlo. L’associazione *Eutrophia* (Fondazione scientifica per l’alimentazione funzionale) da anni è impegnata in progetti di *counseling* nutrizionale per i giovani ed è sempre alla ricerca di valide strategie di comunicazione. Questo progetto nasce dalla volontà di realizzare un percorso di approfondimento medico-scientifico alla scoperta delle virtù dei cibi e delle associazioni alimentari più appropriate, per suscitare tra i giovani la curiosità di impiegare gli alimenti per stare bene e migliorare il rapporto con il cibo. L’iniziativa sposa la causa della prevenzione dei DCA su soggetti a rischio: tutti i ragazzi sensibili al tema dell’alimentazione, a loro bisogna rivolgerci se vogliono davvero prevenire l’insorgenza di un grave disturbo del comportamento alimentare. Prevenzione più secondaria che primaria, quindi, perché il soggetto che più beneficia di interventi o campagne di sensibilizzazione sull’alimentazione è quello più attento a ciò che mangia, che spesso vive la lotta scellerata tra bilancia e cibo e quindi un disagio sfumato che potenzialmente può diventare un vero disturbo.

Un progetto di sensibilizzazione sugli stili di vita

L’iniziativa realizzata dall’associazione *Eutrophia*, con il patrocinio della LILT (Lega Italiana Lotta Tumori) e del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, ha coinvolto come campionesse le ragazze partecipanti al concorso di Miss Italia 2009, durante la loro permanenza a Salsomaggiore Terme.

Per le oltre 200 ragazze delle prefinali e finali è stato costruito un percorso di sensibilizzazione ed educazione a un corretto stile di vita, articolato su varie aree di intervento: sana alimentazione, Disturbi del Comportamento Alimentare, fumo, consumo di alcolici.

Il progetto prevedeva la realizzazione di opuscoli giornalieri che analizzavano un tema correlato alla salute, attraverso un sano stile di vita, discusso durante l’incontro di approfondimento giornaliero; ogni giorno poi alle ragazze veniva fornito un pieghevole che descriveva il menù del giorno, facendo riferimento al valore funzionale dell’alimentazione: oltre alle informazioni sugli alimenti e sul valore biologico del pasto e come questo agi-

* Medicina Interna – Alimentazione Funzionale, Policlinico A. Gemelli, Roma. www.eutrophia.it.

sce sulle funzioni organiche, nel menù veniva spiegato come impiegare gli alimenti in base alle loro funzioni e proprietà diverse, da soli o associati ad altri, per recuperare o mantenere lo stato di salute. A tavola le ragazze trovavano, quindi, il menù insieme a una scelta di pietanze preparate con cibi freschi di stagione (verdure crude e cotte a buffet, frutta), opportunamente associati e cucinati seguendo precise modalità di cottura; per i pasti veloci consumati sul backstage erano, invece, previsti menù bilanciati, scelti con cura evitando panini e cibi asciutti, preferendo un cestino con pietanze cucinate. La scelta di proporre questo intervento di counseling alle ragazze di Miss Italia è basata su diversi motivi, primo fra tutti il fatto che rappresentano un gruppo a rischio per i DCA, sia per l'età (dai 18 ai 26 anni) che per il culto del corpo che molte di loro hanno.

Le aspiranti Miss, inoltre, sono modelli da imitare per molte ragazze e quindi ci siamo interrogati in merito alla possibilità di sfruttare il potere mediatico del concorso: possiamo contestare il sistema, essere in disaccordo con l'idea della moda e dei concorsi di bellezza, come pure delle modelle e delle veline, ma non possiamo ignorare certi fenomeni e il condizionamento che giornali, tv, mondo della moda e dello spettacolo, esercita sui giovani. Quello che ci dovremmo augurare è piuttosto di cooperare con i mezzi di comunicazione, come pure di sfruttare l'effetto traino di certi personaggi per diffondere messaggi positivi che possano influenzare gli stili di vita dei giovani.

Il progetto ha voluto proporre proprio Miss Italia come *testimonial* di un messaggio per raggiungere altri giovani, tutti quelli che incuriositi guardano il concorso o osservano le ragazze come modello di bellezza. Sarebbe più facile se riuscissimo ad imporre modelle taglia 44 o Miss Italia rotonde, ma l'obiettivo è troppo lontano: fattibile ma non realizzabile, almeno oggi. Piuttosto abbiamo pensato di mettere in discussione questi temi con le stesse aspiranti Miss chiamate ad intervenire sulla possibilità di sperimentare un sano rapporto con il cibo: se raccontiamo di una Miss Italia scheletrica non facciamo altro che consolidare la credenza che per essere belle e quindi per piacere, per essere amate è necessario essere magre, troppo magre.

Con il progetto denominato "C'era una volta la solita minestra.." abbiamo voluto sollecitare una provocazione e un'interrogazione rispetto all'educazione alimentare e ai modelli proposti dal mondo delle Miss, offrendo la possibilità di mettere in relazione la bellezza di un corpo sano con uno stile di vita alimentare adeguato. La divulgazione di questo messaggio anche attraverso giornali, riviste femminili, televisione ha permesso di far vedere il rapporto tra la bellezza e un sano stile di vita: per essere belle e prendersi cura di sé, è importante nutrirsi con intelligenza e consapevolezza, piuttosto che non mangiare o escludere certi cibi e ricorrere a metodi dannosi per dimagrire. La diffusione di un messaggio diverso rispetto al solito commento dissacrante su modelle troppo magre ha ottenuto da parte del pubblico giovanile una buona risposta: il "piccolo manuale delle Miss", disponibile anche on-line sul sito di Repubblica, Eutrophia, LILT e altri, è stato scaricato da circa 15.000 persone; l'iniziativa ha fatto parlare di sé riviste femminili, quotidiani, web-tv e tv nazionali che hanno raccontato di Miss consapevoli di ciò che mangiano per la bellezza e la salute del corpo.



Figura 1 - Volantino illustrativo

In questo opuscolo informativo vengono presentati gli alimenti sotto una luce diversa, fornendo una chiave di lettura alternativa per una nuova visione del rapporto con il cibo basato non sul potere calorico, ma sul valore biologico degli alimenti. Specie le ragazze non sono ignoranti circa i temi dell'alimentazione, ma piuttosto male informate perché attingono a fonti non ufficiali, a riviste femminili, materiale che trovano sul web o sono attratte da prodotti e diete miracolose. L'opuscolo, attraverso un linguaggio accattivante, propone il cibo come strumento di benessere, sfata tabù e luoghi comuni intorno al mercato delle diete, dei cibi light e degli stili nutrizionali, con l'intento di accogliere il cibo come alleato. Per far questo abbiamo puntato sul valore biologico degli alimenti e delle loro combinazioni, sottolineando

la centralità delle funzioni organiche e metaboliche: non una somma di calorie ma un effetto metabolico. Il commento al menù che le ragazze trovavano a tavola spiegava le proprietà benefiche degli alimenti, le loro virtù, gli effetti sull'organismo dell'associazione di alimenti, per allontanare la paura del cibo: piuttosto che parlare di valori nutrizionali e calorici si parla di consapevolezza di alimentarsi.

Dall'analisi dei test somministrati sono emersi dati interessanti che sostengono il bisogno di campagne di prevenzione e formazione sugli stili di vita alimentari e sull'ideazione delle forme corporee. Dal questionario risulta evidente un'alterata percezione del proprio corpo da parte delle aspiranti Miss: molte risultano essere sottopeso (solo il 17.2 % è normopeso), tuttavia la percezione che hanno di se stesse è di essere normopeso e il 24% è a dieta o pensa di doverlo fare. L'8% consuma superalcolici ogni settimana e il 28.4% fuma abitualmente, mangiano poca verdura (solo il 40% la consuma abitualmente) e quasi il 50 % fa sport 3-4 volte a settimana.

A parte i dati della nostra indagine, quello che sembra più rilevante è l'atteggiamento delle ragazze di fronte ad un intervento di counseling nutrizionale poliedrico che comprende vari livelli, dall'incontro formale, alla proposta dell'opuscolo informativo, al momento della condivisione del pasto: il fatto di proporre l'aspetto funzionale degli alimenti li rende meno pericolosi, più amici, strumenti di benessere. Nell'ambito di un'associazione corretta di alimenti e di una sana e gustosa alimentazione, poter mangiare senza sensi di colpa pietanze considerate tabù come la pasta, il pane, il gelato, è ciò che i giovani vogliono sentirsi dire, ma per fidarsi vogliono anche capire le ragioni.

Lo si capisce dalle parole che Laura, 19 anni, aspirante Miss, ha scritto sul suo diario durante i giorni delle prefinali: *“ho imparato a mangiare in modo più intelligente, meno no-*

ioso e benefico per il mio organismo. Certo, quel piatto di pasta mi fa paura se ci penso, ma la dottoressa mi consiglia sempre il cibo giusto da abbinare e io credo proprio che il mio corpo funzioni meglio. In effetti, mi vedo anche meglio! Pensavo di ingrassare mangiando cose buone...o che mi venissero i brufoli. L'ho detto anche alle mie amiche che qui mangiamo anche le patate fritte!"

I contenuti e le modalità del progetto hanno così permesso di sostituire a una cultura nutrizionale frammentaria e pericolosa, acquisita da fonti discutibili, la scoperta di un più sano e adeguato rapporto con il cibo e con il corpo, attraverso un'esperienza considerata positiva dalle stesse ragazze.

Capitolo 3

L'ALTRA FACCIA DELLA MEDAGLIA: AREA SPORT

Premessa

Comunemente, con il termine “sport” si intende ogni forma di attività fisica svolta per fini agonistici, per divertimento o per migliorare le condizioni corporee e psichiche dei soggetti coinvolti. Da decenni nella società moderna si assiste ad una straordinaria crescita qualitativa e quantitativa dello sport (professionale, agonistico, amatoriale, terapeutico) che interessa fasce sociali ed età sempre più ampie. Al tempo stesso, lo sport è fortemente amplificato dalla cassa di risonanza mediatica, tanto da essere diventato non solo un oggetto di consumo strettamente legato allo spettacolo, alla pubblicità, al mercato (attrezzature, abbigliamento), all’editoria e al turismo, ma anche motivo di indagine fisiologica, scientifica e tecnologica.

Quello dello sport e del fitness – nel suo significato di benessere – è un universo in continua evoluzione in Italia come nel resto del mondo: il bisogno di sentirsi in salute, di essere in forma, di percepirsi a proprio agio nel proprio corpo è considerato un valore assoluto. Dedicare tempo a se stessi e alla cura del proprio aspetto fisico è ormai una necessità anche sociale, seguire una dieta corretta ed equilibrata, fare attività fisica con costanza per tonificarsi ed eliminare calorie in eccesso sono considerate regole fondamentali cui ognuno dovrebbe attenersi.

L’elisir del fitness

Sono sempre più i messaggi che ci stimolano a combattere la sedentarietà – e a sentirci in colpa se non lo facciamo – perché è ormai consolidata l’idea che l’attività fisica migliora non solo il nostro aspetto, ma anche la nostra salute. Diversamente da quanto accadeva sino a pochi decenni fa, nella società moderna la “settimana tipo” di casalinghe e impiegati, studenti o pensionati, manager e imprenditori prevede lo svolgimento di qualche attività ludico-sportiva che, a seconda di chi la pratica, comprende tipi di ginnastica diversi per modalità e tempi di realizzazione. Oggi considerare l’attività fisica l’elisir del *fitness* non è fuori luogo e tanto meno retorico se si traduce e si interpreta questa parola nel significato dato dagli arabi: *al-iksir*, ovvero la “pietra filosofale capace di mantenere sani e giovani”.

Spenti già da un po’ i riflettori sulle Olimpiadi di Pechino (2008), rimangono un ricordo le contestazioni, l’importanza scenografica della cerimonia di apertura, l’architettura futuristica degli impianti sportivi, ma soprattutto la forza e l’immagine degli atleti. Un’esibizione di corpi scolpiti maschili e femminili, dal potenziale mediatico straordinario, che ha fatto registrare un’ulteriore

impennata di iscrizioni nelle palestre ed incrementato il già nutrito popolo dei “fit-maniaci”. Secondo dati dell’Istituto nazionale di statistica (Istat) sono circa 9 milioni i frequentatori abituali delle circa 7 mila palestre sparse in tutta Italia, più 5 milioni quelli affezionati alle scuole di danza. Le palestre sono diventate la sede ideale per procurarsi l’elisir del *fitness*, ovvero l’attività fisica di base intesa però come un farmaco, assunto nei tempi e nei modi giusti, che ha il potere di mantenerci in una condizione di benessere sia fisica che spirituale. Non a caso queste strutture – “luoghi dove si lotta” stando al significato etimologico del termine – si propongono anche come centro di aggregazione: la “sala pesi” e la “sala corsi” svolgono così lo stesso ruolo rivestito dalle stazioni termali, dai bar, dai ristoranti; servizi di cui ogni centro *fitness* ormai è dotato, essendo sempre più orientati a soddisfare le più svariate esigenze fisiche e psicologiche di utenti, con l’obiettivo fondamentale di creare un ambiente familiare in cui ci si sente a proprio agio, si socializza e si resta insieme con gli altri anche oltre il tempo richiesto dalla seduta di training programmata. Alcune palestre si sono strutturate addirittura per offrire il servizio di *baby-sitting* consentendo alle mamme di frequentarle, portando con sé i loro figli. In questi luoghi, “si presta attenzione al corpo in tutte le sue componenti: dove non arriva l’esercizio fisico c’è il massaggiatore, il fisioterapista, l’osteopata, il dietologo, figure ormai essenziali per garantire un’assistenza completa per il raggiungimento del miglior benessere possibile, o comunque adeguato alle possibilità di ognuno” (Sella, 2005).

Oggi, come emerge dalla sintesi tra i dati Istat, ricavati da indagini campionarie sulla popolazione del 2000, e i dati Coni del 2005, che forniscono una visione molto dettagliata dell’attività organizzata facente capo alle Federazioni sportive e alle discipline associate, lo scenario delle attività fisico-sportive in Italia, è così suddiviso: il 20,9% della popolazione (circa 12 milioni) pratica attività sportiva con continuità; il 38,5% della popolazione (circa 22 milioni) pratica attività sportive saltuarie/occasionalmente o qualche attività fisica; mentre il restante 40,2% della popolazione (circa 23 milioni) dichiara di non praticare nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nella letteratura internazionale compaiono con sempre maggiore frequenza articoli scientifici che riguardano gli effetti dello sport sull’organismo: come Richards, ad esempio, che afferma che chi è frequentemente coinvolto in attività fisiche vede positivamente il proprio aspetto esteriore ed è maggiormente soddisfatto anche del proprio peso (Richards, Casper, Larson, 1990); o anche Holland il quale ritiene che la partecipazione a qualsiasi genere di sport è legata ad un miglior livello di autostima (Holland, Andre, 1994); e infine White che sottolinea come, nei maschi più che nelle femmine, la pratica sportiva migliori lo status sociale e la popolarità all’interno del gruppo dei pari, offrendo maggiori opportunità di sviluppare e rafforzare le amicizie (White, Duda, Keller, 1998). Lo sport e le attività atletiche svolgono quindi un ruolo importante nel promuovere lo sviluppo fisico, mentale e sociale durante l’infanzia e l’adolescenza, in modo particolare nei maschi. Ad esempio, rispetto a chi pratica lo sport a livello amatoriale e a chi non lo pratica per niente, di solito gli atleti professionisti o coloro che competono ad un livello agonistico, sono molto più interessati alla loro salute e al loro benessere, anche perché in alcuni sport un peso e una muscolatura appropriati sono qualità che permettono di migliorare la *performance*.

Pratica sportiva e Disturbi Alimentari

Queste considerazioni fanno supporre che in ogni caso lo sport favorisce un armonico sviluppo psicofisico della persona, promuove la socializzazione e rappresenta un fattore protettivo contro i disturbi dell'immagine corporea. Purtroppo, non è sempre vero. Altri autori, tra i quali Bahrke, sostengono che lo sport può anche rappresentare un fattore di rischio quando spinge i soggetti che lo praticano ad adottare severi regimi dietetici e ad abusare di sostanze chimiche per migliorare le loro prestazioni. Questa tesi si dimostra valida qualora si consideri che, se da una parte il *fitness* è sinonimo di benessere – forse proprio per questo è cresciuto a dismisura –, dall'altra è diventato un *business* molto sofisticato, che in casi estremi può arrivare a favorire condizioni di malattia e talvolta a costituire un terreno fertile per lo sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare. È possibile, infatti, che soggetti predisposti, ipercritici e insoddisfatti del proprio corpo e del proprio peso, a causa del mancato conseguimento dei risultati attesi, sviluppino una visione negativa della propria immagine e facciano di tutto per ottenere un corpo più efficiente e armonico.

La percezione distorta di requisiti fisici e funzionali personali si verifica soprattutto in quegli sport che prevedono lo sviluppo della massa muscolare, il miglioramento dell'aspetto esteriore e l'aumento della magrezza. In un suo recente articolo, Gura, ripensando a tante minuscole ginnaste, soprattutto cinesi, viste ai Giochi Olimpici di Pechino, ha scritto testualmente: "il rischio anoressia sarebbe molto alto negli atleti, tra pressioni psicologiche, allenamenti e ossessiva ricerca della forma perfetta" (Gura, 2008).

È quello che emerge anche da una ricerca del Karolinska Institut di Stoccolma pubblicata sul *Clinical Journal of Sport Medicine*. L'indagine, che ha coinvolto 223 atleti olimpici svedesi, è stata svolta tra il 2002 e il 2004: circa il 10% degli atleti intervistati ha ammesso di soffrire di Disturbi Alimentari, mentre il 38,5% ha dichiarato di avere avuto problemi legati all'alimentazione nei tre mesi precedenti allo studio. Per raggiungere determinati obiettivi gli atleti sono, infatti, spinti a seguire una dieta rigorosa o a modificare il peso per avvicinarsi il più possibile ad un "ideale di corpo atletico". In questi contesti, provvedimenti dietetici esasperati ed esercizi fisici estremi, magari associati anche ad uso di sostanze chimiche, possono portare all'insorgenza di Disturbi Alimentari associati a disturbi dell'immagine corporea. Come gli esperti sanno, i Disturbi dell'Immagine Corporea rappresentano uno dei criteri essenziali nel DSM-IV-TR per formulare una diagnosi circostanziata di Anoressia Nervosa e di Bulimia Nervosa. L'identificazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare nel mondo dello sport è problematica per l'impossibilità, almeno allo stato attuale, di individuare una metodologia di studio adeguata a causa della mancanza di gruppi di controllo, dell'esiguità della casistica, della variabilità di tipi di attività sportiva e dell'inaffidabilità dei soggetti intervistati, che tendono a nascondere i propri comportamenti. Probabilmente, la prevalenza di Disturbi del Comportamento Alimentare è più alta negli atleti – in particolare di genere femminile – che nei non-atleti e la frequenza è maggiore proprio in quegli sport che enfatizzano fattori come la magrezza e il mantenimento di un certo peso. È un dato di fatto acquisito che le atlete dedite a sport estetici presentino una maggiore preoccupazione per il peso

e comportamenti alimentari disfunzionali più gravi rispetto alle atlete che praticano sport di squadra e anaerobici. Sembra associato che le atlete lottino con più difficoltà contro i sintomi dei DCA rispetto agli atleti, probabilmente perché hanno una minore autostima, e subiscono con maggiore intensità gli effetti dannosi della diminuzione della massa grassa, come ad esempio l'insorgenza dell'amenorrea che risente di questo specifico deficit.

Tra i fattori di rischio di sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare negli atleti si riportano l'entità della pressione esercitata dal team sul raggiungimento di una conformazione fisica adeguata al conseguimento di apprezzabili risultati sportivi, l'intensità dell'ansia da prestazione nel momento della competizione, il livello di autostima e di perfezionismo. In particolare, questi due ultimi tratti di personalità esercitano un'influenza notevole sul raggiungimento dei risultati sportivi attesi, nel senso che mentre l'autostima si rinforza attraverso il miglioramento delle prestazioni sportive, il perfezionismo ne determina il grado di successo. Per inciso, si segnala che una bassa autostima è considerata predittiva di comportamenti alimentari disfunzionali negli atleti.

Nelle giovani ragazze la pratica di qualche sport rappresenta un'esperienza salutare e piacevole che contribuisce al rafforzamento dell'autostima, tanto da essere considerata un fattore di prevenzione contro lo sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare. Tuttavia, per alcune, l'attività sportiva in quanto tale può giocare un ruolo importante nello sviluppo di una sindrome costituita dall'associazione di disordine alimentare, amenorrea e osteoporosi denominata "Female Athlete Triad" (FAT).

La FAT, che può colpire le atlete femmine indipendentemente dal tipo di sport esercitato a vari livelli di competizione, raramente insorge come anoressia, bulimia o come un DCA non altrimenti specificato; piuttosto il disordine alimentare si presenta con generiche anomalie di comportamenti alimentari non salutari: da una semplice dieta ad un comportamento alimentare disfunzionale clinicamente significativo. L'amenorrea, o altre alterazioni del ciclo mestruale, che incidono per il 3-66% nelle atlete che praticano soprattutto sport di resistenza molto stressanti, si associano spesso a calo ponderale e bassa percentuale di massa grassa. L'osteoporosi, infine, si distingue per una diminuzione della massa ossea o della densità della componente minerale. Da segnalare che tutti e tre i disturbi descritti si associano ad aumento di rischio di fratture (Voss, Fadale, Hulstyn, 1998) in soggetti più esposti proprio per lo sport che praticano. Negli atleti, che costituiscono una popolazione a se stante, l'impatto di fattori quali l'allenamento, i pattern alimentari, le diete estreme, la restrizione dell'introito calorico e il profilo psicopatologico devono essere valutati in modo diverso rispetto all'impatto degli stessi fattori nei non-atleti. Già da alcuni anni, contestualmente a numerosi cambiamenti socio-antropologici strutturali della nostra epoca, è evidente che il peso e le forme corporee sono diventati oggetto di cura e fonte di numerose preoccupazioni costanti per tutta la popolazione; taluni si rivolgono al corpo con il desiderio esclusivo di cambiarlo magicamente: lo desiderano più muscoloso, più massiccio e meno snello; altri lo desiderano semplicemente magro.

Nella patologia DCA si pone quindi il problema di un disturbo che gradualmente si allontana dall'essere un disturbo di genere, declinato solo al femminile, e sempre più spesso si con-

figura invece come un problema di identità, in questo caso anche maschile. Riflettendo su queste nuove patologie ci si accorge che si tratta di ricostruire il difficile percorso della strutturazione dell'identità e che il luogo di questa ricerca diviene il corpo con i suoi riti ed imperativi estetici. I "nuovi" disturbi (ortoressia e bigoressia) possono considerarsi più specifici del sesso maschile e vedono in una certa cultura del benessere, dello sport e del mondo delle palestre i focolai a cui si ispira l'espressione di forme più moderne di disagio. Muscoli ipertrofici e perfettamente scolpiti costituiscono per un numero sempre maggiore di ragazzi l'obiettivo da perseguire mediante estenuanti allenamenti e frequentazioni assidue delle palestre: sono i bodybuilder, i culturisti, uomini che si presentano attraverso la propria muscolatura e che talvolta per questa mettono in pericolo i propri organi vitali, sottoponendosi ad ore di esercizio fisico estremo e restrizione alimentare ed assumendo sostanze illecite come gli steroidi anabolizzanti.

Come nei Disturbi del Comportamento Alimentare classici, all'immagine di Sé disturbata si affianca un senso onnipervasivo di incapacità e l'autostima viene fatta dipendere direttamente dalla propria forma fisica tradendo la presenza di un disturbo più profondo del concetto di Sé: l'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima derivati dalla convinzione di essere poco muscolosi spingono questi ragazzi ad allenarsi sempre più, con l'intento di aumentare la massa muscolare ed abolire la massa grassa. Anche la bigoressia presenta delle caratteristiche specifiche per cui, se protratta, implica una compromissione della vita socio-lavorativa: molti pazienti arrivano ad evitare tutte le situazioni in cui il corpo potrebbe essere esposto e a vivere in una condizione di ansia intensa quelle inevitabili; le attività ricreative, sociali e lavorative sono frequentemente sacrificate per dare la priorità all'allenamento in palestra o per non trasgredire prescrizioni dietetiche. Secondo le più recenti indagini psicologiche, le motivazioni più frequenti che spingono gli individui all'attività agonistica sono riconducibili alla necessità di far parte di un gruppo, alla ricerca del benessere fisico, alla cura del proprio aspetto esteriore, al bisogno di muoversi e di stare in attività, al desiderio di competere, e di frequentare un ambiente diverso da quello scolastico e familiare, e infine alla voglia di divertirsi e di realizzare se stessi attraverso lo sport. Un atleta di successo, creativo ed interessato al gioco, non gareggia per dimostrare agli altri il suo valore, ma per rendersi più consapevole di se stesso, dei suoi intenti, comprendendosi ed accettandosi nei suoi limiti, ma soprattutto nelle sue potenzialità. L'acquisizione di fiducia in se stessi è la vera chiave della motivazione: se si ha fiducia in se stessi e in quello che si potrebbe fare non solo si è molto motivati, ma automaticamente si accrescono le proprie probabilità di ottenere buoni risultati. Se l'atleta cerca solo nell'ambiente esterno di soddisfare i bisogni di sicurezza, stima ed approvazione, la vittoria gli sfuggirà, perché il suo senso di identità rimarrà sempre dipendente da fattori esterni di cui avrà costantemente bisogno.

Il passaggio decisivo avviene quando l'atleta scopre le sue qualità interiori ed invece di cercare approvazione trova il senso del suo intimo valore: egli diventa tanto sicuro di sé da comprendere di essere un giocatore valido anche se commette degli errori, inevitabili nella pratica sportiva. L'accettazione ed il riconoscimento delle proprie qualità sono le chiavi del successo e lo sport diventa un veicolo attraverso il quale l'atleta ha la possibilità di espri-

mersi. Per ogni atleta il primo reale nemico da battere è il fantasma della paura, dell'insicurezza, della bassa autostima, prima ancora dell'avversario. Lo scontro con l'avversario è episodico, mentre per tutto il resto del tempo a sua disposizione ciò che conta è una lineare e continua crescita fisica e mentale, attraverso un lavoro che dura anni, per tutta la carriera agonistica. Diventa quindi importante sviluppare un programma di allenamento per la mente, al pari dei programmi di allenamento fisico, e lavorare su quegli elementi che costituiscono la base psicologica di un atleta che gli permettono di utilizzare al meglio le proprie risorse. In tal senso, un esempio da seguire è quello di Sir Bannister, il primo uomo in grado di correre un miglio in meno di quattro minuti, un risultato considerato uno dei migliori del XX secolo: quando superò il record, il 6 maggio 1954, frequentava la Facoltà di Medicina e dedicava meno di un'ora al giorno agli allenamenti, non seguiva nessun regime dietetico particolare, cercando solo di bilanciare carboidrati, proteine e grassi, il giorno della gara non mangiava nessun pasto preparato dal nutrizionista, ma pranzava a casa con gli amici e i loro bambini, si riposava per 5 giorni prima di una competizione e quando nel 1975 la regina Elisabetta lo nominò Cavaliere, non gli conferì l'ambito titolo per meriti sportivi, ma per la carriera intrapresa come neurologo.

La storia di questo atleta di altri tempi può essere presa come spunto di riflessione in una discussione sull'insorgenza e l'incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare negli atleti di oggi, i quali, in accordo con i loro allenatori, ritengono che i regimi di allenamento devono essere portati all'eccesso, le diete essere le più restrittive possibili, la percentuale di massa grassa deve essere tenuta sotto controllo per migliorare la prestazione e lo sport deve essere il più importante, se non l'unico interesse, nella vita di un atleta, votato ad ottenere successo a tutti i costi. Un incitamento utile – per il personale sanitario, ma soprattutto per quello sportivo – a ricercare e riconoscere la diffusione dei Disturbi del Comportamento Alimentare negli atleti è rappresentato dall'esperienza personale con tali disturbi divulgata dalla famosa tuffatrice Kimiko Soldati durante le Olimpiadi del 2004. Questa coraggiosa atleta, che dopo la morte della madre aveva iniziato una dura lotta contro la sua immagine corporea e la sua autostima, sviluppando una grave forma di bulimia nervosa, in seguito è diventata portavoce degli atleti per i DCA e ha partecipato alla conferenza nazionale dell'*Academy for Eating Disorder* sulla FAT, tenutasi a Indianapolis nel 2005, inducendo la commissione medica del Comitato Olimpico Internazionale (CIO) nello stesso anno ad elaborare un documento di presa di posizione riguardo alla Triade dell'atleta femminile.

Lo sport come fine

Se quindi, come appare, le pratiche sportive sono l'espressione della società in cui si sviluppano, non c'è da meravigliarsi del fatto che lo sport ne rifletta anche le contraddizioni culturali. Il cambiamento sociale ha avuto un notevole impatto anche sulle discipline sportive: la post-modernità, che esalta l'individualismo, si trasferisce anche nello sport, che da luogo di socializzazione dell'ordine e della disciplina, diviene un sistema di pratiche di eccesso, dove la realizzazione di sé è possibile solo attraverso il superamento della finitezza del corpo

(Stagi, 2008). Si può sostenere allora che lo sport, da mezzo di espressione delle abilità psico-fisiche, è diventato un fine, in quanto l'atleta si dimentica di essere umano, mira a superare il record secondo il mito della prestazione e il suo corpo è ridotto ad una macchina, facile da controllare.

Diventa necessario perciò distinguere tra la pratica sportiva, anche eccessiva, ed una vera e propria "dipendenza da sport" (*exercise addiction*) che consiste in uno squilibrio dell'allenamento indotto da un'attività fisica praticata con tale intensità da non permettere all'organismo, nei tempi di recupero, di smaltire la fatica accumulata. La dipendenza da sport è meglio conosciuta come Sindrome da *overtraining* e si verifica quando il nostro organismo ha bisogno di mantenere costanti nel tempo alcuni indici fisiologici quali la temperatura corporea, la glicemia e lo stato di acidità nel sangue. Gli sport in cui si manifestano prevalentemente i sintomi di Disturbi del Comportamento Alimentare sono quelli nei quali i fattori estetici, il peso e una bassa percentuale di massa grassa sono importanti per raggiungere una buona prestazione. È stato, ad esempio, riscontrato che i fantini manifestano significative fluttuazioni di peso durante la stagione delle corse, adottando metodi differenti per diventare più leggeri. La riduzione della percentuale di massa grassa è tipica anche nel *body-building*, mentre il raggiungimento di un basso peso corporeo è una caratteristica di alcuni sport quali il pattinaggio, l'equitazione, il ciclismo, la ginnastica ritmica e acrobatica, la maratona, la danza.

Significativi sono poi alcuni esempi che compaiono in letteratura a proposito di specifici sport, che riteniamo sia utile accennare: condotte di eliminazione, restrizione alimentare, allenamenti eccessivi sono infatti pratiche comuni anche nella popolazione dei lottatori di *wrestling*, il cui scopo è quello di competere nella categoria di peso più bassa possibile rispetto alla loro taglia, per avere dei vantaggi in termini di forza. Purtroppo, la loro potenza è spesso messa a repentaglio dai loro stessi comportamenti alimentari disfunzionali, pratiche che associate alla preoccupazione per il peso e per l'immagine corporea non si limitano all'ambito sportivo, ma entrano a far parte della vita di tutti i giorni degli atleti e finiscono per diventare strumenti sbagliati per affrontare le difficoltà quotidiane. Il *body-builder* viene spesso considerato un uomo insicuro, pieno di dubbi su se stesso, sulla sua identità maschile, sulla sua capacità di essere amato e valorizzato dagli amici e dalla famiglia. Cerca quindi di apparire in modo opposto a come si sente interiormente, scolpisce il suo corpo per costruire e mantenere la propria identità maschile, si nasconde dietro una forza di muscoli attraverso la quale spera di sentirsi migliore degli altri, mascherando la sua insicurezza attraverso l'ipermascolinità e il narcisismo. La grandiosità è la caratteristica principale che regna nella sottocultura del *boby-builder*, basti pensare ai titoli delle competizioni, che usano un linguaggio teso a descrivere un corpo di proporzioni cosmiche e sovrumane, rappresentate, ad esempio, dai termini Mr. Olympia o Mr. Universo. Quando viene chiesto ai *body-builder* perché desiderano essere tali, la maggior parte di loro risponde di voler cambiare il proprio aspetto, di acquisire forza e bellezza e di sentirsi capace di tenere sotto controllo il proprio corpo. Il guru dell'esercizio Jack Lalanne racconta che all'età di 86 anni tutte le mattine comincia la giornata con un'ora di sollevamento pesi: "Faccio tutto fino all'esaurimento. La

mia priorità nella vita è l'allenamento quotidiano. È l'ego che mi spinge, voglio vedere fino a quando riuscirò a mantenere questo ritmo" (Kolata , 2005). Si può affermare quindi che questi atleti costituiscono una popolazione a rischio di sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare, anche se sarebbe importante osservarli nel tempo per capire se è il disordine alimentare a spingere la persona ad intraprendere questo tipo di attività fisica e ad usare sostanze per raggiungere il suo ideale corporeo, o se invece è la stessa cultura del *body-building* a favorire l'adozione di tali pratiche alimentari disfunzionali. La giornalista Retico (La Repubblica, 4/03/2008) descrive in modo esplicito "i ragazzi con la fissa del corpo giusto" che, evitando in primo luogo i grassi, finiscono poi per eliminare le altre sostanze nutritive, tranne gli integratori proteici e i farmaci in grado di temperare, rafforzare, indurire i loro muscoli e inibire il senso della fame. Giovani che vanno in palestra tutto il giorno, si sfiniscono di *jogging* con il desiderio, che diventa ossessione, di controllare il vigore del proprio corpo. Ma da cosa nasce questo desiderio di corpo perfetto?

Probabilmente dietro l'ossessione di realizzare un corpo perfetto risiede la paura ad accettare i limiti del proprio corpo, lo statuto di finitezza dell'uomo , l'incapacità ad accettare che il nostro corpo invecchi, si ammali e muoia o ancora di più, come scrive il filosofo Galimberti: «C'è chi vive ogni incontro come un pericolo per l'integrità del suo corpo, e allora si nasconde dietro una fortezza silenziosa che gli consente di tenere ad una certa distanza la realtà e di difendersi. Imbavagliato dal silenzio e così protetto, assiste ad un mondo che intorno a lui diventa sempre più silenzioso, e se talvolta osa spostare questo muro di silenzio oltre i limiti del proprio corpo è solo per creare un'atmosfera silenziosa e avvolgente capace di circondare e immobilizzare anche l'altro». Di nuovo il fantasma è ancora quello rappresentato dall'*Altro*, dall'incapacità di misurarsi con la diversità, con la relazione e con il limite, per questo sia nello sport che nella patologia alimentare il limite viene continuamente sfidato. Indubabilmente abitiamo una società per cui la sfida prometeica nel vincere le condizioni date il prezzo che l'individuo deve pagare per essere socialmente riconosciuto e, a volte, come nelle patologie DCA, questo prezzo sale a dei livelli incompatibili con la vita stessa.

Bibliografia

- Gura T., "Schiave del digiuno", *Mente & cervello*, VI, 46 (2008).
- Holland A., Andre T., "Athletic participation and the social status of adolescent males and females", *Youth and Society*, 25 (1994), pp. 388-407.
- Kolata G, *Fitness, tutta la verità*, Orme Editori, Milano, 2005.
- Stagi L., *Anticorpi, Dieta, Fitness e altre prigionie*, FrancoAngeli, Milano 2008.
- Voss L.A., Fadale P.D., Hulstyn M.J., "Exercise-induced loss of bone density in athletes", *Journal of American Academic Orthopedic Surgery*, 6 (1998), pp. 349-357.
- White S.A., Duda J.L, Keller M.R., "The relationship between goal orientation and perceived purposes of sport among youth sport participants", *Journal of Sport Behavior*, 21 (1998), pp. 475-483.

SECONDO FASSINO, GIOVANNI ABBATE DAGA, ANNALISA BRUSTOLIN, FEDERICO FACCHINI, VANESSA LEONE, MARIA ZUCCOLIN*

IL CORPO CHE DANZA LA VITA: UN INTERVENTO DI PREVENZIONE

Premessa

Per una sottopopolazione femminile la danza è un fattore di rischio per lo sviluppo di un Disturbo del Comportamento Alimentare (Kazis e Iglesias 2003; Sungot-Borgen e Torstveit 2004; Sherman e Thompson 2006). Tra le attività sportive, gli sport più a rischio sono quelli in cui il controllo del peso è uno degli elementi utili per migliorare le prestazioni. Tra questi sport è dimostrato che la danza costituisce una delle attività atletiche più a rischio.

Tra le danzatrici il rischio di sviluppare Anoressia Nervosa aumenta di 3-6 volte rispetto alla popolazione generale (Garner e Garfinkel 1980; Szmukler et al. 1985; Le Grange et al. 1994; Hoeck et al. 2003), mentre la Bulimia Nervosa si riscontra più frequentemente rispetto a gruppi di controllo in un range che varia dal 2 al 12% circa (Holderness et al. 1994; Abraham 1996). Le percentuali di soggetti con stili alimentari alterati diventano più elevate se si considerano i singoli comportamenti patologici: digiuni e diete severe sono attuate dal 45% dei soggetti (Braisted et al. 1985), l'insoddisfazione per il proprio corpo è molto diffusa, anche fino all'84% (Szmukler et al. 1985; Urdapilleta et al. 2007), il sottopeso si riscontra nel 40% dei soggetti (Abraham 1996), il 32% dei soggetti si abbuffa o usa lassativi (Ringham et al, 2006), si riscontano sovente osteoporosi e disturbi mestruali (Kaufman et al. 2002). Si può pertanto concludere che la maggioranza delle danzatrici ha un DCA conclamato o sottosoglia (Ravaldi et al. 2003; Ringham et al, 2006) e che per i fattori ambientali anche i danzatori possono essere maggiormente a rischio (Ravaldi et al. 2006). Inoltre lo svolgimento di un'attività di danza nell'infanzia ed adolescenza aumenta il rischio di sviluppare bulimia, anche dopo la fine dell'attività (Ackard et al. 2004). Dal punto di vista psicologico, inoltre, spesso le danzatrici riportano punteggi più simili alle pazienti affette da DCA che ai controlli nei test che valutano la psicopatologia alimentare (Thomas et al. 2005; Ringham et al, 2006). Sulla base di questi dati si ritiene che alcune caratteristiche psicologiche e di personalità degli individui che scelgono la danza costituiscano già in partenza dei fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA. Tali caratteristiche sono alta competitività, perfezionismo, preoccupazione per la performance, dipendenza dal giudizio (Smolak et al. 2000; Ravaldi et al. 2006).

* Centro Pilota regionale per lo studio e la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, ASOU San Giovanni Battista, Torino Molinette, Università degli Studi di Torino, Piemonte.

A dispetto di queste evidenze scientifiche nella letteratura internazionale ed in Italia è scarsa la formazione degli operatori del mondo della danza e la prevenzione dei DCA tra i giovani che intraprendono tale attività a livello agonistico e non agonistico. Ciò costituisce un problema e vanno individuate modalità corrette di informazione e prevenzione per poter riconoscere e indirizzare precocemente i segnali di disagio delle danzatrici.

Risultati recenti hanno, infatti, messo in evidenza come la stessa professione di ballerina influenzi fortemente il modo di vivere la relazione con l'altro e di progettarsi nel futuro. Tale modalità di pensiero può portare a comportamenti autodistruttivi come DCA o depressioni (Van Staden et al. 2009). In questo studio vogliamo indagare quanto la formazione delle insegnanti di danza possa esser d'aiuto per informare e prevenire l'insoddisfazione per la propria immagine corporea tra le ballerine professioniste e non di danza classica.

1. Obiettivi del progetto

Il progetto si iscrive nella cornice del Protocollo d'Intesa "Guadagnare Salute" realizzato dal Ministero della Salute e dal Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive e mira a promuovere iniziative di informazione e di comunicazione volte a favorire un rapporto equilibrato con l'immagine corporea. Il progetto è finalizzato a realizzare e valutare l'efficacia di diverse modalità di sensibilizzazione e formazione dedicate agli operatori del mondo della danza circa il rischio di insorgenza di DCA tra chi svolge attività agonistica e non agonistica.

Ci si è dunque proposti di identificare, in primo luogo, un gruppo di scuole di danza (livello agonistico e non agonistico) disponibili a partecipare al progetto, all'interno delle quali valutare da un lato la presenza tra le allieve di problematiche alimentari e disagio psicologico, dall'altro il grado di formazione e consapevolezza degli insegnanti.

Il progetto si è strutturato su tre diverse modalità formative con gli insegnanti, effettuate per poter individuare la tecnica più efficace in termini di costi/beneficio (incontri di tipo psico-educazionale centrati sull'informazione vs gruppo di discussione guidato centrato sulle problematiche del disagio giovanile collegato ai DCA vs gruppo di controllo che non effettua corsi). Al termine del progetto è stata quindi posta in essere un'ulteriore valutazione delle allieve e degli insegnanti per ponderare l'efficacia delle attività.

La soluzione proposta costituisce un intervento pilota di prevenzione che aumenta l'offerta formativa nel campo dei DCA in popolazione a rischio. L'impatto sul Sistema sanitario è quello di prevenire o individuare precocemente per le cure casi di disagio psichico a rischio di sviluppare un DCA. Si intende portare avanti l'attività proposta anche dopo la scadenza del periodo descritto nell'attuale progettazione per aumentare l'esperienza con nuovi gruppi e monitorare nel tempo la tenuta dell'intervento formativo.

2. Metodologie di intervento

Date tali premesse ci è parso importante individuare modalità che sensibilizzino ed informino gli operatori del mondo della danza circa il problema dei DCA. L'aumento di

consapevolezza degli insegnanti deve essere svolto sui tre fattori di rischio: comportamentali, psicologici e personologici.

Per quello che concerne il Piemonte sono stati utilizzati in parte i ricercatori della SCU psi-
chiatra CPR DCA dell'Università di Torino (Direttore Prof. Secondo Fassino) che hanno un'esperienza di 20 anni nel campo specifico che si concretizza in numerosi pubblicazioni (Fassino et al. 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009) ed in parte le risorse dell'Associazione PRATO (Prevenzione Anoressia Torino: Presidente Dr.ssa E. Christillin).

L'intervento, che si è attuato nella regione Piemonte, ha previsto incontri di tipo psico-educazionale centrati sull'informazione e gruppi di apprendimento emotivo etero-centrato sul compito (Lai 1973, Fassino et al. 1991) (compito: identità personale, stile di vita, stile alimentare).

Lo scopo dello studio è testare l'efficacia di differenti approcci di sensibilizzazione sui DCA rivolti alle insegnanti di danza classica, in particolare relativamente all'analisi della relazione tra DCA e danza classica e prevenire l'insoddisfazione dell'immagine corporea fra le ballerine. Questi tipi di intervento si sono svolti presso l'ospedale San Giovanni Battista di Torino in Piemonte.

Le insegnanti e le rispettive allieve erano tenute a compilare una batteria di test all'inizio ed al termine dei 3 mesi di intervento previsti dal progetto. È stato elaborato un questionario *ad hoc* (questionario di verifica), composto da 30 domande, costruito per indagare tra le insegnanti la presenza di problematiche legate ad abitudini o convinzioni alimentari errate e stili di vita con caratteristiche che rappresentano fattori di rischio per i DCA e quindi per verificare la conoscenza degli aspetti nosografici e di intervento dei disturbi alimentari in genere.

Sia alle insegnanti che alle allieve sono stati somministrati i test psicometrici previsti dal progetto: Eating Attitude Test (Garner and Garfinkel 1979); Body Shape Questionnaire (Cooper PJ et al., 1986); Test delle silhouette; Temperament and Character Inventory (Cloninger et al., 1994); Questionario di valutazione del funzionamento familiare (Family Assessment Device-FAD) per le sole allieve. In aggiunta a questi test alle insegnanti è stato somministrato anche un questionario che sondava l'efficacia dell'intervento.

3. Partecipanti

Al termine del 1° semestre di attività, grazie anche alla collaborazione de l'U.I.S.P. (Unione Italiana Sport Per tutti), sono state individuate 185 scuole di danza. Dopo una serie di contatti con e-mail e con lettere postali, sono state individuate come includibili nel campione 112 scuole di danza classica distribuite sul territorio della Regione Piemonte; di esse tuttavia solo 36 scuole hanno aderito ufficialmente all'iniziativa. L'adesione è stata sancita dalla partecipazione dei responsabili delle scuole ad 1 dei 7 incontri informativi preliminari. Al termine degli incontri informativi 28 scuole hanno aderito effettivamente al progetto. Le scuole hanno quindi inviato 1 o 2 rappresentanti ciascuna ed al termine del reclutamento 33 insegnanti, tutte di sesso femminile, partecipavano al progetto.

Le insegnanti di danza classica delle 28 scuole selezionate sono state suddivise attraverso randomizzazione in tre gruppi per sperimentare tre diverse tipologie di approccio: la prima è stata quella del gruppo informativo psicoeducazionale, centrato sull'informazione e realizzato con lezioni di tipo frontale con l'utilizzo di proiezioni di diapositive; spazio è comunque stato dato alle domande delle insegnanti. Un secondo approccio è stato quello dell'apprendimento emotivo attraverso un gruppo eterocentrato sul compito, focalizzato sui temi dell'immagine corporea, dell'identità, degli stili di vita, delle diete e delle abitudini alimentari, condotto lasciando libero spazio alle riflessioni e all'espressione emotiva. Infine, un terzo gruppo, quello di controllo composto di insegnanti e allieve, alle quali veniva somministrata la batteria di test; su richiesta delle stesse insegnanti è stato proposto l'inserimento in un gruppo formativo terminata la prima fase del progetto.

Sia all'inizio che al termine dell'intervento strutturato sulle insegnanti, la medesima batteria di test, con le variazioni sopraelencate, era consegnata alle allieve. In particolare per ciò che riguarda le allieve è stato consegnato il materiale informativo riguardo al progetto in corso, sono stati somministrati i test psicometrici, sono stati effettuati colloqui di valutazione di tipo collettivo scuola per scuola, con la compilazione della scheda socio-demografica. Dagli incontri informativi è emerso che l'età delle allieve varia da 4 anni all'età adulta, con la prevalenza in molte scuole di un'età inferiore ai 16 anni per circa i 2/3 del totale delle allieve.

Dopo la conclusione dell'intervento, si è deciso di ampliare il campione con un nuovo reclutamento di scuole, tenendo conto che alcune scuole che avevano inizialmente aderito, pur non avendo potuto partecipare per motivi contingenti, si erano rese disponibili per una successiva iniziativa.

Sono state così individuate 125 scuole altre scuole di danza e, dopo una serie di contatti con e-mail e telefonate, sono state ritenute includibili nel nuovo campione altre 27 scuole, che hanno aderito ufficialmente all'iniziativa. Anche in questo caso gli insegnanti delle scuole selezionate sono stati suddivisi attraverso randomizzazione in tre gruppi con le tre tipologie di approccio sopra elencate: gruppo informativo psico-educazionale; gruppo di apprendimento emotivo centrato sul compito; gruppo di controllo. Questa esperienza è ancora in corso, ma è possibile soprattutto rispetto al secondo gruppo utilizzare i primi risultati della seconda esperienza integrando i risultati complessivi del progetto.

4. Eventi di rilevanza pubblica connessi al progetto

Nell'ambito delle iniziative sorte durante l'attuazione del progetto è stato organizzato a Torino il Convegno "Danza e benessere: l'importanza di una corretta alimentazione", rivolto agli insegnanti di danza, ai loro allievi e ai genitori. Si è scelto di organizzare questo evento in occasione della giornata mondiale della danza, caduta il 29 aprile, secondo l'invito dell'*International Dance Council*, con la collaborazione della Regione Piemonte, dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, della VI Commissione consiliare, della Lega Danza UISP Piemonte, del Comitato UISP – Torino, con il patrocinio dell'UNESCO e della Città di Torino.

Durante la giornata è stato presentato il progetto “Prevenzione dei Disturbi Del Comportamento Alimentare nelle scuole di danza”, all’interno del Progetto Nazionale Ministeriale “Le Buone Pratiche di cura e la prevenzione sociale nei DCA”. In particolare sono state sottolineate le importanti connessioni nell’età giovanile tra stile alimentare e stile di vita – personalità. Inoltre sono stati dati consigli per una corretta alimentazione per chi frequenta corsi di danza e sono stati illustrati i principali problemi legati alla nutrizione quali obesità, anoressia e bulimia.

L’evento ha avuto una notevole risonanza mediatica nella Regione Piemonte con la comparsa di articoli sui quotidiani regionali (La Stampa, Repubblica) e un dibattito sul rapporto danza classica/ DCA è continuato nelle settimane seguenti su televisioni locali.

Inoltre, all’interno del 20th *World Congress on Psychosomatic Medicine*, tenutosi a Torino il 23-26 settembre 2009, è stata organizzata la presentazione del progetto di ricerca. Sono stati discussi i primi risultati emersi dall’elaborazione dei questionari compilati dalle insegnanti e i problemi metodologici relativi al coinvolgimento degli allievi; sono state discusse, inoltre, le difficoltà e le possibilità di successo dei progetti di prevenzione rivolti alla popolazione adolescente.

Conclusioni

Al termine della prima fase della ricerca è possibile effettuare alcune considerazioni, prima di tutto in relazione alla difficoltà incontrata a costituire il campione di insegnanti: si è, infatti, passati da un iniziale elenco di 185 scuole di danza, ad un primo campione di 112 scuole, fino ad un gruppo di adesione formale di 36 scuole ridotte poi a un effettivo campione di sole 28 scuole. Risultano evidenti le notevoli resistenze da parte delle scuole di danza classica a affrontare il problema di una possibile associazione della pratica della danza con disturbi quali Anoressia e Bulimia nervose. Nella seconda fase del progetto sono stati presi contatti con altre 125 scuole, ma solo 27 hanno aderito. Del totale delle 310 scuole solo 55 hanno dato l’adesione.

Molti degli insegnanti e/o dei responsabili rispondevano alla proposta telefonica dicendo che non avevano mai avuto problemi di questo tipo e che comunque non erano interessati a progetti di formazione in tale senso. Altri referenti rispondevano che se pure si erano verificati casi di DCA tra le loro allieve non ritenevano comunque opportuno coinvolgere la loro scuola nel progetto formativo per non allarmare i genitori ed eventualmente rischiare che alcune allieve fossero ritirate per timori infondati di rischio di DCA associato alla danza classica. Altri referenti si dicevano molto interessati, ma di fatto evitavano nei successivi contatti di stabilire una fattiva collaborazione. Altri insegnanti infine sottolineavano la presenza di problemi di obesità e sovrappeso, piuttosto che di rischi di Anoressia e/o Bulimia, ma comunque si dicevano non interessati al progetto formativo.

Una seconda considerazione riguarda la tipologia di scuole coinvolte: si tratta per lo più di scuole amatoriali, che non hanno come obiettivo la formazione di ballerine professioniste, anche se in alcuni casi avviano le ragazze più dotate a scuole per professionisti. L’età delle

allieve è tendenzialmente bassa (prevalentemente dai 4 ai 20 anni). Un dato interessante è che le allieve trascorrono molte ore della settimana talora per diversi anni nella scuola di danza, l'insegnante può diventare quindi un adulto molto significativo e un punto di riferimento e di identificazione.

Una terza considerazione riguarda il fatto che l'interesse mostrato per l'evento, una volta iniziato il percorso formativo, è stato elevato: si sono verificati solo 2 drop out nel gruppo di controllo. La frequenza ai 2 gruppi psico-educazionale ed eterocentrato è stata elevata, con un alto grado di continuità nella partecipazione agli 8 incontri previsti per ogni gruppo, con 90% di frequenza per il gruppo etero centrato.

Una discreta conoscenza dei DCA è emersa tra le insegnanti di danza classica già all'inizio dello studio. Il problema di come aiutare un'allieva affetta da un DCA conclamato ma soprattutto da un disturbo sottosoglia (Stice et al., 2009; Mond et al., 2009) è sorto infatti diverse volte nelle discussioni. Pur considerando i limiti relativi all'esiguità del campione in esame, le insegnanti di danza appaiono sensibili al problema e desiderose di approfondire la loro conoscenza teorica ed intervento sui DCA.

Dai pareri riportati (soprattutto dalle insegnanti del gruppo eterocentrato) al termine dello studio, tramite colloqui e test di valutazione dell'intervento, è emersa la richiesta di un approccio maggiormente informativo ed educativo rispetto al lavoro sui propri vissuti emotivi, sui quali si è comunque lavorato intensamente. Abbiamo ipotizzato di utilizzare nel gruppo eterocentrato sul compito un approccio non solo di comunicazione verbale, per favorire maggiormente l'apprendimento emotivo: per cui abbiamo alternato sessioni in cui si lasciava libero spazio alle riflessioni verbali e all'espressione emotiva, con sessioni in cui si utilizzava il role playing, sempre tenendo come linea di riferimento il compito di approfondire i temi dell'immagine corporea, dell'identità, degli stili di vita, diete e abitudini alimentari. Dai primi riscontri, confrontando l'esperienza del primo gruppo eterocentrato con quello facente parte del secondo campione, in cui si è utilizzato il *role playing*, si evidenzia una maggiore facilità a rendersi consapevoli, senza eccessive razionalizzazioni, dei propri vissuti emotivi.

Infine nel campione in esame l'intervento psico-educazionale ha fornito una maggiore consapevolezza, perlomeno teorica, delle caratteristiche cliniche (psichiatriche e dietologiche) e di cosa significhi avere una diagnosi di disturbo alimentare. Inoltre tale approccio ha comportato una maggiore attenzione nei confronti della propria immagine corporea (test della Silhouette normalizzato) e del rapporto con il cibo (EAT). Questo dato può suggerire l'opportunità di perfezionare uno strumento di valutazione rapporto cibo/corpo specifico per la danza, così come già proposto in ambito sportivo da Scoffier et al. (2009).

L'interesse per la ricerca di un intervento sui problemi dell'alimentazione in ambito danza e la richiesta di un intenso coinvolgimento nelle attività di prevenzione da parte degli insegnanti appare confermato anche dai tratti personologici. Sebbene questi non differiscano significativamente all'inizio dello studio tra i 3 gruppi in esame, al termine il gruppo di controllo presentava una cooperatività significativamente inferiore rispetto agli altri 2 gruppi. Gli individui con bassa cooperatività sono stati identificati come disinteressati e poco tolleranti verso gli altri (Cloninger, 1994), tale dimensione è stata associata anche con tratti depres-

sivi (Hansenne et al., 1999; Goekoop et al., 2008).

Come abbiamo già evidenziato, il problema dei DCA appare molto presente tra i ballerini anche non professionisti. Ciononostante dalla nostra ricerca non è emerso alcuno studio che coinvolgesse le insegnanti in un intervento di prevenzione primaria. Rispetto alla nostra esperienza con l'utilizzazione del gruppo informativo psicoeducazionale e del gruppo di apprendimento emotivo attraverso un gruppo eterocentrato sul compito, la costante partecipazione delle insegnanti a entrambi gli interventi riflette il profondo interesse sui DCA nel mondo della danza. L'intervento psicoeducazionale sembra esser stato maggiormente efficace nel fornire maggiori conoscenze sulle caratteristiche dei DCA, ma resta l'interrogativo se una maggiore informazione possa modificare nel tempo l'atteggiamento e la relazione con le ragazze eventualmente a rischio. Il gruppo eterocentrato sul compito, del resto, sembra più efficace se si introducono nel percorso tecniche di tipo attivo come il *role playing* in cui i partecipanti possano rappresentare e drammatizzare momenti relazionali significativi e possano entrare in contatto con la propria realtà emozionale.

I risultati preliminari mostrano che il progetto è stato utile per informare e rendere consapevoli le insegnanti sull'opportunità di trattare preventivamente anche casi sottosoglia. Alcune insegnanti hanno riferito di aver cambiato il proprio atteggiamento nei confronti della propria immagine corporea e nei confronti del cibo. Le insegnanti che non sono state coinvolte in un intervento (gruppo di controllo) hanno richiesto anche un rinforzo informativo. Grazie al contatto continuo con le scuole di danza, per un periodo di 6 mesi circa, sono stati individuati dalle insegnanti stesse e indirizzati al Centro Pilota alcuni casi clinici di una certa gravità. Il progetto è sembrato quindi utile alla creazione di una rete per il riconoscimento precoce e l'intervento tempestivo dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

I risultati del progetto pilota finora realizzato indicano la possibilità di continuare l'iniziativa: in primo luogo occorre approfondire l'interpretazione dei dati relativi alle allieve; in secondo luogo è utile, anche a scopi di ricerca scientifica, aumentare il campione delle insegnanti replicando il programma formativo per individuare la tecnica più efficace in termini di costi/beneficio rispetto alle 2 diverse tipologie di approccio: incontri di tipo psico-educazionale centrati sull'informazione versus gruppo di discussione eterocentrato sulle problematiche del disagio giovanile collegato ai disturbi alimentari, con lo scopo di indicare direzioni per future azioni di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso interventi formativi per gli insegnanti delle scuole di danza classica.

Bibliografia

- Abraham S., "Characteristics of eating disorders among young ballet dancers", *Psychopathology*, 1996; 29(4): pp. 223-9.
- Ackard D.M., Henderson J.B., Wonderlich A.L., "The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology", *J Psychosom Res.*, 2004 Nov; 57(5): pp. 485-90.
- Braisted J.R., Mellin L., Gong E.J., Irwin C.E. Jr., "The adolescent ballet dancer. Nutritional

- practices and characteristics associated with anorexia nervosa”, *J Adolesc Health Care.*, 1985 Sep; 6(5): pp. 365-71.
- Cloninger R., *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use.* St. Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, 1994.
- Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., Fairburn C.G., “The development and validation of the Body Shape Questionnaire”, *International Journal of Eating Disorders*, (1986) 6: pp. 485-494.
- Epstein N.B., Baldwin L.M., Bishop D.S., *Family assessment device (FAD). Handbook of psychiatric measures.* Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
- Id., “The McMaster Family Assessment Device”, *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 (1983), pp. 171-180.
- Fassino S., Abbate Daga G., Delsedime N., Busso F., Pierò A., Rovera GG., “Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data”, *Eat Weight Disord.*, 2005 Mar; 10(1): pp. 40-50.
- Fassino S., Amianto F., Daga G.A., Leombruni P., Garzaro L., Levi M., Rovera GG., “Bulimic family dynamics: role of parents' personality-a controlled study with the Temperament and Character Inventory”, *Compr. Psychiatry.*, 2003 Jan-Feb; 44(1):70-7.
- Fassino S., Amianto F., Gramaglia C., Facchini F., Abbate Daga G., “Temperament and character in eating disorders: ten years of studies”. *Eat Weight Disord.* 2004 Jun;9(2):81-90.
- Fassino S., Daga GA., Pierò A., Delsedime N., “Psychological factors affecting eating disorders”, *Adv Psychosom Med.* 2007;28:141-68.
- Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Daga GA, Gandione M, Rovera GG, Bartocci G., “Clinical, psychological and personality correlates of asceticism in anorexia, nervosa: from saint anorexia to pathologic perfectionism”. *Transcult Psychiatry.* 2006 Dec;43(4):600-14.
- Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G., “Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review”. *BMC Psychiatry.* 2009 Oct 9;9:67. Review.
- Fassino S. Rovera GG. et al., “Il gruppo eterocentrato sul compito quale strumento formativo per volontari nell’assistenza a pazienti aids”, *Arch. Psicol. Neurol Psichiatria*, 2,267-295,1991.
- Garner DM, Garfinkel PE., “Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa”, *Psychol Med* 1980 10(4): 647-56.
- Garner, D., P. Garfinkel., “The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa”, *Psychological Medicine*, 9(1979), pp. 273-279.
- Hansenne M., Reggers J, Pinto E., Kjiri K, Ajamier A., Ansseau M., “Temperament and character inventory (TCI) and depression”, *Journal of Psychiatric Research*, vol. 33, Issue 1, 2 January 1999, pp. 31-36.
- Hoek HW, van Hoeken D., “Review of the prevalence and incidence of eating disorders”, *Int J ED.* 2003 Dec; 34(4): 383-96.
- Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP., “Eating disorders and substance use: a dancing vs a nondancing population”, *Med Sci Sports Exerc.* 1994 Mar; 26(3): 297-302.
- Goekoop J.G, de Winter R.F.P., Wolterbeek R., Spinhoven P., Zitman F.G., Wiegant V.M.,

“Reduced cooperativeness and reward-dependence in depression with above-normal plasma vasopressin concentration”, *Journal of Psychopharmacology*, 2008, doi:10.1177.

Kaufman BA, Warren MP, Dominguez JE, Wang J, Heymsfield SB, Pierson RN., “Bone density and amenorrhea in ballet dancers are related to a decreased resting metabolic rate and lower leptin levels”, *J Clin Endocrinol Metab*. 2002 Jun;87(6):2777-83.

Kazis K, Iglesias E. “The female athlete triad”, *Adolesc Med*. 2003 Feb;14(1):87-95.

Lai G., *Gruppi di apprendimento*, Boringhieri, Torino 1976.

Le Grange D, Tibbs J, Noakes TD., “Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school”, *Int J Eat Disord*. 1994 May;15(4):369-76.

Mond JM, Peterson CB, Hay PJ., “Prior use of extreme weight-control behaviors in a community sample of women with binge eating disorder or subthreshold binge eating disorder: A descriptive study”, *Int J Eat Disord*. 2009 Jun 23.

Ravaldi C, Vannacci A, Bolognesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V., “Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers.”, *J Psychosom Res*. 2006 Oct;61(4):529-35.

Ravaldi C, Vannacci A, Zucchi T, Mannucci E, Cabras PL, Boldrini M, Murciano L, Rotella CM, Ricca V., “Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders”, *Psychopathology*. 2003 Sep-Oct; 36(5):247-54.

Restori M.C. Pipitone, G. Moi, V. Nucera, A. Zaimovic, B. Branchi, P. Persia, “Stili relazionali e di attaccamento nelle famiglie con dipendenze patologiche”, Convegno Nazionale 2004.

Ringham R, Klump K, Kaye W, Stone D, Libman S, Stowe S, Marcus M., “Eating disorder symptomatology among ballet dancers”, *Int J Eat Disord*. 2006 Sep;39(6):503-8.

Scoffier S, Paquet Y, Corrion K, d'Arripe-Longueville F., “Development and validation of the French Self-Regulatory Eating Attitude in Sports Scale”, *Scand J Med Sci Sports*. 2009 Jul 3.

Sherman RT, Thompson RA., “Practical use of the International Olympic Committee Medical Commission Position Stand on the Female Athlete Triad: a case example”, *Int J Eat Disord*. 2006 Apr;39(3):193-201.

Smolak L, Murnen SK, Ruble AE., “Female athletes and eating problems: a meta-analysis”, *Int J Eat Disord*. 2000 May; 27(4): 371-80.

Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M., “An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents”, *J Abnorm Psychol*. 2009 Aug; 118(3): 587-97.

Sundgot-Borgen J., Torstveit MK, Skårderud F., “Eating disorders among athletes”, *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004 Aug 26;124(16):2126-9.

Szmukler GI, Eisler I, Gillies C, Hayward ME., “The implications of anorexia nervosa in a ballet school”, *J Psychiatr Res*. 1985;19(2-3):177-81.

Thomas JJ, Keel PK, Heatherton TF., “Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors”, *Int J Eat Disord*. 2005 Nov;38(3):263-8.

Urdapilleta I, Cheneau C, Masse L, Blanchet A., “Comparative study of body image among dancers and anorexic girls”, *Eat Weight Disord*. 2007 Sep;12(3):140-6.

ELENA RIVA*

CORPI “DA GARA”: LA PRATICA DELLO SPORT IN ADOLESCENZA FRA BENESSERE E RISCHIO

La ricerca *Sportivamente*, realizzata nell’ambito del progetto *Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione sociale nei DCA*, finanziato dai Ministeri della Sanità e delle Politiche giovanili allo scopo di prevenire i Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso la formazione di istruttori e allenatori sportivi, ha coinvolto circa 500 soggetti, allenatori e atleti in età evolutiva che praticano sport individuali e di squadra a livello amatoriale, pre-agonistico e agonistico. Hanno aderito al progetto società di nuoto, nuoto sincronizzato, pattinaggio, pallavolo, calcio, atletica e *fitness*; un elenco che mostra l’ampio raggio d’azione di una ricerca volta a indagare se e quanto la pratica sportiva sia contaminata da significati e motivazioni inerenti alla religione del corpo e dell’immagine che impregna il contesto socio-culturale in cui viviamo.

1. La ricerca-intervento

La ricerca qualitativa preliminare intende esplorare la comprensione da parte degli operatori sportivi dei rischi correlati alla diffusione epidemica dei DCA. Il progetto ne prevede l’utilizzo in ambito formativo allo scopo di implementare la consapevolezza sia dei fattori di rischio presenti nella pratica sportiva, sia delle potenzialità preventive del ruolo di allenatore. L’adesione al progetto di società e gruppi sportivi dell’area milanese ha consentito la partecipazione di istruttori e atleti di diverse fasce d’età (bambini, adolescenti e giovani adulti) impegnati a livello amatoriale, pre-agonistico e agonistico. Le discipline oggetto d’indagine sono state: nuoto amatoriale agonistico (bambini adolescenti e giovani adulti); nuoto sincronizzato amatoriale e agonistico (bambine e adolescenti); volley (adolescenti); calcio (bambini e adolescenti); pattinaggio artistico amatoriale e agonistico (bambine e adolescenti); fitness (adolescenti e giovani adulti). Per ogni gruppo, dopo alcuni incontri preliminari con i responsabili e i referenti per aree e fasce d’età, abbiamo condotto interviste individuali e *focus group* con allenatori e istruttori, sono stati somministrati questionari agli atleti e si sono organizzati incontri formativi per gli operatori delle diverse aree.

* Psicologa e psicoterapeuta di formazione analitica coordina l’équipe sui Disturbi del Comportamento Alimentare e dell’Immagine corporea in adolescenza dell’Istituto Minotauro; l’équipe che ha condotto la ricerca è formata, oltre che dalla sottoscritta, da Alessandra Marcazzan, Loredana Cirillo, Elisabetta Colombo, Eliana De Ferrari, Nicoletta Franzoni, tutte psicologhe e psicoterapeute socie dello stesso Istituto.

La varietà delle situazioni incontrate e la carenza di studi e interventi psico-pedagogici in quest'ambito fanno di quest'esperienza uno studio pilota, privo di significatività statistica ma di grande interesse ai fini della riflessione che il progetto *Buone Pratiche* intende stimolare. Riferiamo in questo resoconto i contenuti più significativi emersi dalla lettura trasversale del materiale raccolto, senza entrare nel merito della specificità dei singoli contesti.

La presentazione sociale del corpo, compito evolutivo ineludibile a partire dalla pubertà, nella società contemporanea ha assunto connotazioni marcatamente esibitive e competitive. Il culto dell'immagine che impregna la nostra cultura coinvolge anche la pratica sportiva, tradizionalmente orientata al benessere, specie in età evolutiva. La religione del corpo certo non è la causa, ma può essere considerata il terreno di cultura dei DCA.

L'insorgere di tali disturbi in adolescenza è correlato alla difficoltà di mentalizzare il corpo pubere e sessuato e ad elaborarne simbolicamente le trasformazioni; i soggetti a rischio presentano specifiche aree di vulnerabilità nel tratto caratteriale esigente e perfezionista, nella tendenza a scindere mente e corpo e nelle problematiche del processo di soggettivazione; tali fragilità, che ne ostacolano la conquista dell'autonomia emotiva dall'ambiente familiare di provenienza, vengono illusoriamente compensate dal tentativo di modellare il corpo e controllarne gli impulsi, imponendo il controllo della mente e della volontà sulla carne e i suoi bisogni.

La cultura sociale contemporanea non sembra in grado di garantire ai soggetti in età evolutiva percorsi di crescita favorevoli a una risoluzione fisiologica dei compiti di sviluppo, ma all'opposto funge da cassa di risonanza, eleggendo l'immagine e l'efficienza del corpo a valori su cui fondare la realizzazione personale e sociale, ossessivamente inseguiti dagli adulti ed enfatizzati in modo martellante dai media.

La nostra ricerca s'interroga sulla pratica sportiva per analizzare come e quando possa rappresentare una risorsa o un fattore di rischio per l'insorgere dei DCA, con l'intento di contribuire, attraverso interventi formativi rivolti agli operatori dello sport, a orientare le nuove generazioni verso valori personali e sociali favorevoli allo sviluppo, al benessere, all'integrazione tra mente e corpo e tra individuo e gruppo, così come dovrebbe essere in una sana declinazione dell'etica sportiva.

2. I risultati della ricerca

La pratica regolare di un'attività sportiva influenza non solo il rapporto con il corpo, ma l'intera esperienza di sé, come riconoscono tutti i soggetti coinvolti nella ricerca, allenatori e soprattutto ex-atleti, spesso di ottimo livello. Fare sport incrementa l'autostima, stimola la volontà e la determinazione, favorisce una maggior consapevolezza di sé e dei propri limiti. In quest'accezione lo sport è un'importante risorsa evolutiva, specie in adolescenza, fase cardine della costruzione dell'identità e della progettualità individuale. Non a caso, anche per quanto riguarda la pratica sportiva, è fra i 14 e i 17 anni che vengono prese le decisioni fondamentali per la vita e per il futuro.

Anche i ragazzi che fin dall'infanzia hanno dedicato allo sport gran parte del loro tempo, a

quest'età decidono se farne una scelta di vita o rinunciare a ulteriori investimenti in quest'ambito. Tale passaggio è considerato dagli allenatori l'esito inevitabile del confronto fra sogni infantili di successo e una più realistica consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti, oltre che dell'affacciarsi alla mente dei nuovi interessi adolescenziali. L'eventuale abbandono è guardato tuttavia con un certo allarme: soggetti che hanno dedicato allo sport buona parte del tempo libero si ritrovano infatti a confrontarsi contemporaneamente con il crollo dell'ideale - e i conseguenti vissuti depressivi - e con una nuova disponibilità di tempo, che consente loro frequentazioni e sperimentazioni cui sono più impreparati dei coetanei proprio per la funzione protettiva svolta finora dall'impegno sportivo.

I soggetti che praticano sport a livello agonistico sono infatti considerati dai loro allenatori diversi dagli altri, abituati a ritmi e a stimoli più impegnativi, alla ricerca di risultati e soddisfazioni diverse. Eppure il ritratto psicologico che ne tracciano non sembra così diverso da quello dei loro coetanei. Anche nel mondo dello sport hanno fatto il loro ingresso gli adolescenti fragili e spavaldi di cui scrive Charmet (2008).

Il confronto fra la propria esperienza di ex-adolescenti dediti allo sport e quella dei propri allievi mette a fuoco le differenze fra le due generazioni. I pareri sono pressoché unanimi: oggi gli adolescenti sono narcisisticamente più fragili e dunque più vulnerabili alle frustrazioni derivanti dal crollo delle aspettative di successo che spesso condividono con i genitori. Gli allenatori li considerano poco dotati di forza di volontà e disposti al sacrificio, orientati agli aspetti ludici e socializzanti dello sport e carenti della spinta motivazionale che deriva dal senso di responsabilità nei confronti dell'allenatore e della squadra. Prevale in loro il bisogno di esprimere, attraverso lo sport, il proprio personale talento.

Se queste caratteristiche appaiono più evidenti nelle discipline individuali, non ne sono esenti gli sport di squadra, neppure quelli più popolari, che per il gran numero di adepti alla pratica amatoriale prevedono una rigida selezione nel passaggio all'agonismo.

2.1. La famiglia

La famiglia è sul banco degli imputati riguardo a tali cambiamenti. I genitori sono imputati di ambivalenza: chiedono che i figli si divertano, lamentano interventi troppo rigidi o frustranti da parte degli allenatori, e tuttavia coltivano in segreto il sogno di un podio olimpico per figli di cui sopravvalutano il talento. Il carattere narcisistico del loro investimento è concordemente considerato dagli allenatori un ostacolo e un rischio per il benessere psicofisico dei ragazzi. I genitori esasperano successi e fallimenti, e facilmente perdono il senso del limite. L'eccesso di attenzioni, preoccupazioni, attese, induce a sostituirsi ai figli nelle responsabilità e ad appropriarsi dei loro successi.

L'attaccamento sfuma nella perdita dei confini individuali, favorendo la proiezione sul figlio di ansie e bisogni di auto-affermazione dei genitori. Ciò ne ostacola i processi d'individuazione, favorendo lo sviluppo di soggetti emotivamente fragili, cronicamente permalosi e difficili da gestire nel gruppo-squadra perché abituati a trattamenti individualizzati e a un'anticipazione dei bisogni che ne rende superflua la verbalizzazione. Se nella prima in-

fanzia la famiglia indirizza i figli alla pratica sportiva soprattutto per favorire lo sviluppo psicofisico, con il desiderio di rendere il corpo efficiente e competente e la preoccupazione di sostenere i processi di socializzazione, l'eccessiva identificazione rischia in seguito di trasformare i successi in trionfi personali dei genitori e di provocare intollerabili delusioni a fronte delle inevitabili sconfitte. Gli allenatori testimoniano che i fallimenti vissuti come scacchi narcisistici dai genitori possono generare reazioni sprezzanti e mortificanti nei confronti del figlio, dell'allenatore o della società sportiva.

In queste condizioni il passaggio dalla pratica amatoriale a quella agonistica mette in luce la difficoltà a confrontarsi con il limite che accumuna genitori e figli. I livelli sempre più elevati di specializzazione che caratterizzano oggi il mondo dello sport richiedono passaggi precoci, con un progressivo incremento dell'investimento di tempo e d'impegno, specie nelle discipline individuali. Il coinvolgimento richiesto è totalizzante, non solo per l'atleta ma anche per la sua famiglia, cui si chiede un investimento di tempo, energia, talvolta di denaro. Se praticare uno sport agonistico significa in adolescenza sacrificare esperienze importanti, dalla frequentazione di un gruppo spontaneo di amici alla qualità dell'istruzione scolastica (soprattutto in Italia, dove la scuola ancora considera la pratica sportiva incompatibile con un regolare iter scolastico) anche ai genitori sono chiesti sacrifici e rinunce. Con tali premesse la richiesta di starne fuori che gli allenatori rivolgono alle famiglie risulta paradossale. Tutti gli adulti dovrebbero essere invece più capaci di rispettare i confini del proprio ruolo. Il coinvolgimento delle famiglie è, infatti, considerato necessario sul piano organizzativo, e addirittura indispensabile nelle discipline di nicchia, in cui la presenza di un genitore appassionato, che preferibilmente abbia praticato in passato la stessa disciplina, è considerata un ineludibile prerequisito alla scalata al successo. E tuttavia gli allenatori temono le invasioni di campo nelle scelte tecniche e deprecano lo scarso rispetto dei genitori per la loro professionalità: genitori sempre presenti risultano intrusivi e competitivi, gelosi della relazione fra atleta e istruttore e con un'allarmante tendenza a disconfermarne le scelte tecniche. Quando i genitori riconoscono agli allenatori attenzione e comprensione dei bisogni dei ragazzi riescono ad abdicare al ruolo di educatori unici e diventano collaboranti; in questi casi diventano risorse importanti anche per il successo sportivo dei figli, mentre un coinvolgimento eccessivo, saturo di valenze emotive personali e rivalse narcisistiche, produce disturbanti interferenze. Gli allenatori rilevano come in questi casi i genitori pretendano dai figli prestazioni superiori alle loro possibilità, colpevolizzandoli in base ad aspettative irrealistiche. Quando i genitori credono all'alleanza fra adulti come risorsa educativa coinvolgono l'allenatore anche nei problemi extrasportivi del figlio, mentre quando prevalgono rivalità e gelosie finiscono per attaccare il rapporto con l'allenatore, incrinando la fiducia e a volte inducendo il ritiro del figlio dalla pratica sportiva.

2.2. Il ruolo dell'allenatore

Gli allenatori sono consapevoli di svolgere una funzione più importante dell'addestramento tecnico alla disciplina sportiva, di essere considerati dai propri allievi adulti si-

gnificativi, educatori e modelli di riferimento. Chi lavora con bambini e adolescenti riconosce un mandato educativo al proprio ruolo e chi allena agli sport di squadra ha ben presente la difficoltà di conciliare le esigenze individuali e quelle di gruppo, di valorizzare le qualità del singolo all'interno della squadra, di gestire una complessa trama emotiva e relazionale.

È l'esperienza personale di ex-atleti a rendere gli allenatori consapevoli della valenza formativa del loro ruolo; per questo lamentano gli scarsi supporti e riconoscimenti che ottiene questa funzione sia nell'iter formativo professionale - la psicologia evolutiva, ad esempio, brilla per assenza nel curriculum formativo, benché sia considerata importante e spesso coltivata per scelta personale - sia nella gestione organizzativa ed economica del ruolo da parte delle società sportive. L'organizzazione del lavoro difficilmente lascia spazio a riunioni d'equipe e interventi relazionali (il che si è rivelato un ostacolo importante anche nella conduzione del nostro progetto) che, pur ritenuti necessari sia nelle discipline individuali sia in quelle di squadra, sono relegati a una sorta di volontariato diffuso.

Specie gli allenatori che operano in ambito agonistico sottolineano che, per le caratteristiche dell'attività sportiva praticata ad alto livello e per la qualità dell'ambiente psicologico e relazionale in cui si dipana la vicenda adolescenziale dei loro giovani allievi, il rapporto con l'allenatore, le sue opinioni e i suoi atteggiamenti sono determinanti. Ciò nonostante solo ai livelli d'eccellenza la relazione con l'allenatore è riconosciuta come fattore fondamentale per il successo, indispensabile al raggiungimento degli obiettivi. Spetta all'allenatore instaurare nel gruppo-squadra la dinamica relazionale necessaria a raggiungere il risultato di successo, e anche individuare e ridurre eventuali situazioni di malessere; se orientata da un'attenzione consapevole, la funzione dell'allenatore rappresenta, infatti, un importante fattore protettivo rispetto a situazioni di disagio.

Tutti concordano sulla necessità di investire maggiori risorse formative sul ruolo dell'allenatore sportivo, figura chiave sul piano psicologico perché spontaneamente investita dall'atleta come punto di riferimento e modello ideale, in grado, più di altri adulti, di ottenere ascolto anche presso una fascia di età che tende a dar poco credito all'adulto educatore.

Anche per quanto riguarda le questioni centrali per la nostra ricerca, l'attenzione al corpo e alle abitudini alimentari dei giovani che praticano un'attività sportiva, questo ruolo potrebbe essere assai meglio utilizzato come risorsa educativa. Gli allenatori di tutte le discipline si considerano a pieno titolo esperti del corpo e del benessere, in grado di fornire consigli ma anche di indirizzare a professionisti, dietologi e nutrizionisti, oltre che psicologi, eventuali situazioni di rischio. Sono consapevoli di essere interlocutori accreditati dagli utenti, dai più piccoli agli adulti, e non si sottraggono al compito di orientare e indirizzare, pur senza sconfinare dal proprio ruolo ma cercando di far da filtro ad altri professionisti. Rilevano inoltre la possibilità per l'allenatore e l'istruttore sportivo d'individuare tempestivamente gli indicatori di disagio e garantire un ambiente emotivo favorevole e protettivo rispetto ai rischi insiti nella pratica sportiva di alto livello, dichiarando di sentirsi dalla parte del benessere contro l'ideologia del corpo

magro. Chi allena bambini a livello di sport amatoriale rileva invece la presenza frequente di condizioni di sovrappeso, scarsa propensione al movimento e cattive abitudini alimentari nei giovanissimi.

2.3. L'immagine del corpo e l'alimentazione

Non in tutte le discipline la pratica sportiva incide nello stesso modo sull'attenzione al peso e alle forme, dunque sull'alimentazione. Alcuni sport (fra quelli indagati soprattutto il pattinaggio e il nuoto sincronizzato) richiedono specifiche caratteristiche fisiche, estetiche oltre che atletiche, come prerequisito al successo, e tali caratteristiche talvolta prevalgono sulle competenze tecniche, l'impegno e la motivazione nel determinare il risultato.

Solo un corpo dotato di specifiche caratteristiche è considerato compatibile con questi sport: doti naturali legate alla conformazione fisica di base conferiscono, infatti, un vantaggio difficilmente colmabile dal perfezionamento della tecnica e dall'allenamento, pure indispensabili per raggiungere la coordinazione psico-motoria necessaria al successo sportivo. Spesso proprio il peso e l'armonia del corpo sono determinanti nelle discipline in cui la prestazione atletica e la perfezione tecnica sono asservite al primato dell'estetica. La stessa valutazione dei risultati, sostanzialmente soggettiva in quanto affidata a punteggi assegnati dai giudici piuttosto che a misure cronometriche, è considerata soggetta a criteri estetici.

Le caratteristiche fisiche richieste da questi sport spesso risentono negativamente dello sviluppo puberale femminile, che rappresenta perciò una fase critica per le giovani atlete: diventare donna può essere un grosso problema per chi pratica questi sport. Gli allenatori di sesso femminile spesso dichiarano di portare ancora le cicatrici d'interventi maldestri da parte dei loro ex-istuttori. L'insieme di questi fattori rende tali discipline sportive ad alto rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari, che annoverano tra i fattori di rischio la tensione verso un ideale d'irraggiungibile perfezione estetica, perseguita attraverso un controllo ossessivo della forma fisica, del peso e dell'alimentazione.

Alcuni allenatori ritengono che chi ha praticato un'attività sportiva a livello agonistico mantenga per tutta la vita un'attenzione particolare al peso e all'alimentazione, declinata positivamente o negativamente, come cura o ossessione. Nel passato gli interventi degli allenatori in quest'ambito erano fondati sull'esperienza e sull'imposizione di una disciplina rigorosa, e non risparmiavano regole e rimproveri; oggi si ricorre di più a strumenti e conoscenze scientifiche, consapevoli che si tratta di un'area sensibile. L'ambiente culturale fobico nei confronti del sovrappeso, non solo all'interno del mondo dello sport, rischia, infatti, di provocare conseguenze paradossali a dispetto degli intenti educativi degli interventi, generando reazioni eccessive e talvolta estreme.

Anche nelle discipline in cui i modelli estetici sono meno vincolanti e le prestazioni sportive non dipendono dall'ideale del corpo perfetto, dopo la pubertà la dieta è oggetto di contrattazione fra allenatori ed atleti, ma quando è meno intensa l'induzione a modellare il corpo in base a canoni prestabiliti, il rischio epidemico di Disturbi Alimentari si riduce. Negli sport di squadra (il calcio e la pallavolo fra quelli che abbiamo indagato) benché la condizione atle-

tica, l'essere in forma, sia importante, gli standard fisici sono meno rigidi. Questi sport richiedono caratteristiche fisiche diverse nei vari ruoli, il che lascia spazio a una maggiore flessibilità. Il risultato sportivo deriva da una molteplicità di fattori: il modello del campione di successo non necessariamente corrisponde a un fisico prestante, alto e longilineo, il che contribuisce a ridurre la pressione verso la magrezza. In queste situazioni gli aspetti protettivi della pratica sportiva rispetto alla salute prevalgono: è richiesto un fisico allenato ed efficiente, un'alimentazione sana ed equilibrata, ma gli eccessi vengono criticati e la cultura del benessere in questi ambiti sembra vincente.

2.4. Fitness e palestre

Ancora diverse sono le motivazioni dei cultori del *fitness* e dei frequentatori di palestre: per loro la questione estetica è spesso all'origine della scelta di svolgere un'attività fisica. La fantasia onnipotente di trasformare il corpo in base ai propri desideri spesso sostiene la scelta di frequentare la palestra negli adolescenti e nei giovani adulti. I trainer devono dunque confrontarsi con richieste irrealistiche, se non francamente patologiche, di modellare il corpo secondo gli ideali estetici maschili e femminili diffusi dalla cultura mediatica.

Alcuni scelgono di frequentare la palestra dopo il ritiro da una disciplina sportiva, per mantenersi in forma o rimettersi in forma: anche in questi casi la rinuncia e la de-idealizzazione della pratica sportiva rischiano di produrre un investimento compensatorio della dimensione estetica.

Anche nelle discipline sportive in cui l'aspetto estetico è rilevante, esso rimane complementare all'efficienza fisica e all'autocontrollo, alla perfezione tecnica e alla capacità di armonizzare i movimenti: in ogni caso funge da supporto all'eccellenza della prestazione atletica, che rimane l'obiettivo primario. Nel *fitness*, invece, la questione estetica rischia di essere fine a se stessa, nonostante gli sforzi degli istruttori di orientare le motivazioni degli adepti verso il benessere e l'efficienza fisica.

Pur sottolineando che le femmine inseguono l'ideale estetico della magrezza, mentre i maschi desiderano un corpo possente e muscoloso, nessuno fra gli istruttori ha fatto cenno al rischio della cosiddetta *reverse anorexia*, esito patologico del desiderio maschile di aumentare esageratamente la massa muscolare riducendo quella grassa, che comporta alterazioni del comportamento alimentare, dimorfismo corporeo, abuso di pratiche di esercizio fisico compulsivo, fino all'uso di steroidi. Tale fenomeno, che presenta preoccupanti analogie con i DCA femminili per il rapporto con l'ideale di genere, l'alterazione del comportamento alimentare e la distorsione dell'immagine corporea, è segnalato dalla letteratura medico-psicologica più recente soprattutto fra gli sportivi e i frequentatori delle palestre, ma è probabile che la centratura della nostra indagine sull'età evolutiva abbia indotto gli intervistati, che pure rilevano i rischi del culto dell'immagine, dell'eccesso di perfezionismo e del tentativo di conformare il corpo a un modello ideale, a non focalizzare gli esiti più francamente patologici di tali comportamenti.

Conclusioni

Non c'è dubbio che l'attività sportiva rappresenti uno strumento evolutivo importante, ancora non abbastanza valorizzato e integrato nel percorso formativo delle nuove generazioni. Mentre, infatti, la famiglia attuale è propensa a considerare la pratica sportiva parte integrante del progetto educativo e di socializzazione dei figli, la scuola, per lo scarso peso che attribuisce alla cosiddetta educazione fisica a tutti i livelli dell'iter formativo, rischia di contribuire alla scissione fra corpo e mente, che costituisce un importante fattore di rischio per i DCA.

Gli adulti investiti di un ruolo educativo, dentro e fuori la famiglia, sembrano concordare sul fatto che lo sport sia utile a rinforzare il soggetto in età evolutiva sul piano fisico e psicologico, a favorire l'integrazione fra pari e promuovere l'integrazione corpo/mente, oltre che a consolidare l'autostima e fornire all'adolescente una marcia in più nel debutto sociale. È soprattutto in adolescenza, infatti, che il corpo assume una valenza sociale negli scambi relazionali e affettivi tra i pari. L'efficienza e la competenza del corpo, che l'attività sportiva contribuisce a rinforzare, aiutano il preadolescente a fronteggiare le incalzanti trasformazioni puberali e gli forniscono una risorsa normalizzante e distintiva per affrontare il cambiamento.

La squadra è un ambito di aggregazione e socializzazione che promuove solidarietà e sana competizione, svolgendo una funzione protettiva in controtendenza con l'esibizione narcisistica e la pretesa di ottenere risultati prestigiosi senza un corrispettivo impegno che sembra affliggere le nuove generazioni. La qualità narcisistica dell'investimento individuale e familiare e la rigidità dei requisiti richiesti dalle diverse discipline (dotazione fisica, precocità e carattere totalizzante dell'investimento) possono costituire invece fattori di rischio evolutivo, se non vengono compensati da una gestione intelligente e flessibile da parte degli adulti.

La qualità del risultato sportivo perseguito, connotato come superamento del limite individuale ed esito di una sana competizione oppure valorizzato per il successo economico e d'immagine, può rinforzare le competenze evolutive o, al contrario, sostenere gli aspetti narcisistici ed esibitivi. Le valenze narcisistiche del successo sportivo, rinforzate dall'ossessiva attenzione mediatica nei confronti di alcune discipline, possono rappresentare un rischio evolutivo, mentre la valorizzazione degli aspetti ludici ed educativi dello sport, presente soprattutto a livello amatoriale, ha indubbiamente valenze protettive.

La cultura di ruolo degli allenatori è oggi abbastanza attenta a favorire una buona integrazione fra corpo e mente, soprattutto nelle pratiche sportive che coinvolgono i più piccoli, ancora lontani dal circuito delle selezioni d'eccellenza. In ambito agonistico, invece, il carattere totalizzante dell'investimento, rinforzato dalla difficoltà della scuola a integrare la pratica sportiva nel percorso educativo e dalla faticosa coniugazione fra pratica sportiva e socializzazione adolescenziale spontanea, tende a favorire una scissione corpo/mente antievolutiva e potenzialmente patogena. La pratica agonistica è un'esperienza di grande valorizzazione ma anche tendenzialmente esclusiva, assorbe in modo

onnivoro il tempo libero, le energie e gli investimenti emotivi che l'adolescente dovrebbe ripartire nei diversi ambiti esperienziali e relazionali per costruire un'identità armonica. Per questo è necessario che gli adolescenti impegnati in questi ambiti abbiano accanto adulti attenti alla complessità del loro percorso di crescita e capaci di sostenerlo.

È da rilevare inoltre come un'organizzazione ad imbuto della pratica sportiva in età evolutiva, spinga in modo inesorabile in adolescenza alla scelta fra agonismo e abbandono, così da costringere i ragazzi meno dotati sul piano atletico sportivo o semplicemente meno motivati a una scelta spesso totalizzante, ad abbandonare del tutto l'attività fisica, con tutte le conseguenze negative che ciò comporta sul piano fisico, psicologico e relazionale.

Per quanto riguarda lo specifico dei DCA, la pratica sportiva, specie intensiva come quella richiesta in ambito agonistico, comporta abitudini alimentari ad hoc, che richiedono attenzione per evitare che si determinino degli squilibri nelle fasi di sviluppo o nei passaggi dall'attività all'inattività. La ricerca di un corpo perfetto secondo canoni prefissati, richiesta da alcune discipline, rischia di colludere con gli aspetti deteriori della cultura dell'immagine nel favorire il diffondersi dei DCA. Benché, infatti, i fattori eziologici relativi a questi disturbi siano esterni al mondo dello sport e appartengano invece alla dimensione individuale e all'ambiente relazionale familiare, alcuni aspetti e alcuni ambiti specifici dell'attività sportiva possono fungere da fattori scatenanti. Proprio per questo, peraltro, questi stessi ambiti possono costituire un osservatorio privilegiato e un ambito elettivo per gli interventi di carattere preventivo. Ciò rende opportuno e necessario che gli operatori impegnati con soggetti in età evolutiva, non solo quelli con una competenza psicopedagogica specifica, siano dotati di strumenti professionali che consentano loro di riconoscere e affrontare i segnali di disagio che incontrano nella loro pratica professionale.

Bibliografia

Brownell, K., *Eating disorders in athletes*, Guilford Press, New York 1995.

Giovannini D., Savoia L., *Psicologia dello sport*, Carocci, Roma 2002.

Pietropolli Charmet G., *Nuovi adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano 2000.

Pietropolli Charmet G., *Fragile e spavaldo: ritratto dell'adolescente di oggi*, Laterza, Bari 2009.

Riva E. (a cura di), *Autostima allo specchio*, Franco Angeli, Milano 2006.

Id., *Adolesceza e anoressia*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

Rivista Adolescenza e psicoanalisi Il corpo, Anno IV, 1(2009).

Smolak L., Murnen S.K., Ruble A.E., *Female Athletes and Eating Problems: A Meta- Analysis* John Wiley & Sons, Inc. *Int. Eat Disord.*, 2000.

Terreni L., Occhini L., *Psicologia dello sport. Aspetti sociali e psicopatologici. Valutazione e programma di intervento*, Guerini Scientifica, Milano 1997.

PATRIZIA TODISCO*

IL GIOCO DELLE SCATOLE CINESI NELLA PREVENZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

La prevenzione nei Disturbi dell'Alimentazione (DA) rappresenta un tema dibattuto e controverso poiché, nonostante i primi risultati positivi di alcuni programmi recentemente sviluppati (Stice, Shaw, 2004), ancora molto resta da comprendere e attuare. Innanzitutto gli sforzi preventivi sono ostacolati dal fatto che lo sviluppo dei DA segue un percorso eterogeneo e ampiamente sconosciuto e sebbene una varietà di fattori di rischio sia stata riconosciuta dalla letteratura internazionale, non si conosce molto della loro interazione temporale e del loro specifico contributo allo sviluppo effettivo di queste patologie (Jacobi et al, 2004).

Sembra, comunque, di poter affermare che troppo poca attenzione è stata fin qui dedicata all'idea che la prevenzione debba essere condotta a vari livelli non solo a quello individuale, comprendendo anche l'ambiente in cui i soggetti vivono. L'idea delle scatole cinesi si presta bene a spiegare questo concetto. Come le scatole cinesi sono collezioni di scatole di grandezza crescente, che possono essere inserite l'una nell'altra in sequenza, esattamente come le matrioske, bambole di dimensioni diverse che racchiudono quelle più grandi le più piccole, offrendo un vantaggio in termini di spazio effettivamente occupato e spazio potenzialmente utilizzabile, altrettanto nella prevenzione dei DA sarebbe utile, in termini economici e di efficacia, pensare a livelli superiori di intervento, come quello socioculturale, comprensivi di livelli meno allargati fino a quelli sempre più individualizzati.

Un modello a livelli diversi potrebbe avere un rapporto costi/benefici maggiore dato che è noto che lo sviluppo e il mantenimento dei DA coinvolgono fattori socioculturali, ambientali e individuali. La ricaduta degli interventi più ampi sui livelli più specifici sarebbe una maggior efficacia con minori costi.

* Medico psicoterapeuta, specialista in medicina interna e psichiatria. Centro per i Disturbi dell'Alimentazione - Casa di Cura "Villa Margherita", Arcugnano (VI).

Il termine scatole cinesi, tra l'altro, è anche un termine finanziario che sta a indicare un artificio matematico usato in ambito finanziario con cui si può giungere a controllare più società investendo parti del capitale posseduto all'origine, generalmente inferiori al valore reale delle società che vengono acquistate. Il vantaggio economico sarebbe salvaguardato anche perché i programmi di prevenzione a livello socioculturale riguarderebbero fattori che sembrano coinvolti nello sviluppo e mantenimento di altre patologie, in primis l'obesità ma anche l'abuso di sostanze e la depressione. Al livello d'intervento socioculturale dovrebbero essere contrastati i modelli di riferimento culturali non solo relativi all'aspetto fisico ma anche agli ideali etici e agli alti standard di fama, successo e ricchezza richiesti all'individuo. Strettamente connesso a questo livello è quello rappresentato dall'ambiente scolastico e dai coetanei, come pure dai luoghi di svago e aggregazione come possono essere gli ambienti sportivi.

Nei DA si sono dimostrati importanti quali fattori di rischio le richieste prestazionali e l'alta competitività presenti nella scuola, la derisione da parte dei coetanei come pure le richieste, le critiche e la competizione in ambito sportivo. Del resto i programmi preventivi fin qui attuati sono stati svolti nelle scuole, spesso coinvolgendo anche il personale scolastico. La famiglia è poi l'ambiente più strettamente a contatto con l'individuo che plasma con l'esempio oltre che con gli altri strumenti educativi e può rappresentare lo scenario che predispone allo sviluppo dei DA ma anche che contribuisce alla loro prevenzione. Infine a livello individuale si può intervenire sia cercando di ridurre i fattori di rischio sia implementando quelli protettivi. Recentemente Levine e Smolak (2006) nel loro volume dedicato alla prevenzione delle problematiche alimentari e dei DA sottolineano come sia necessario svolgere attività di prevenzione con mezzi specifici e finalità specifiche sia a livello di quello che definiscono il microsistema, le persone a stretto contatto delle quali i soggetti a rischio vivono (genitori, coetanei, vicinato, associazioni), sia a livello di ecosistema inteso come tutti gli ambienti con cui gli individui a rischio entrano in contatto (genitori, insegnanti, organizzazioni locali, servizi di salute mentale territoriali, medici, cittadini, aziende, industrie, palestre, scuole di danza, luoghi dove si pratica sport, chiese, amministrazione pubblica, governo).

Uno degli scopi della prevenzione è individuare persone con una vulnerabilità legata a fattori genetici, personali e ambientali che svilupperanno una psicopatologia specifica come quella alimentare spesso associata a una psicopatologia generale o in un altro ambito. Non è sempre chiaro però se ciò che si vuole prevenire siano un insieme di sintomi e comportamenti che caratterizzano i DA, oppure un disagio più generale e complesso che si manifesta con i sintomi alimentari e non solo, cioè una psicopatologia. La prevenzione da sempre è un desiderio di tutti (operatori della salute e politici in primis) ma alla fine è la priorità di nessuno, poiché le scarse risorse economiche e umane vengono maggiormente destinate alla cura, mancando dati che confermino l'attuabilità e l'utilità di programmi preventivi. La prevenzione consiste nell'adozione di una serie di provvedimenti per cautelarsi da un male futuro e comprende il complesso di azioni intese a raggiungere questo scopo.

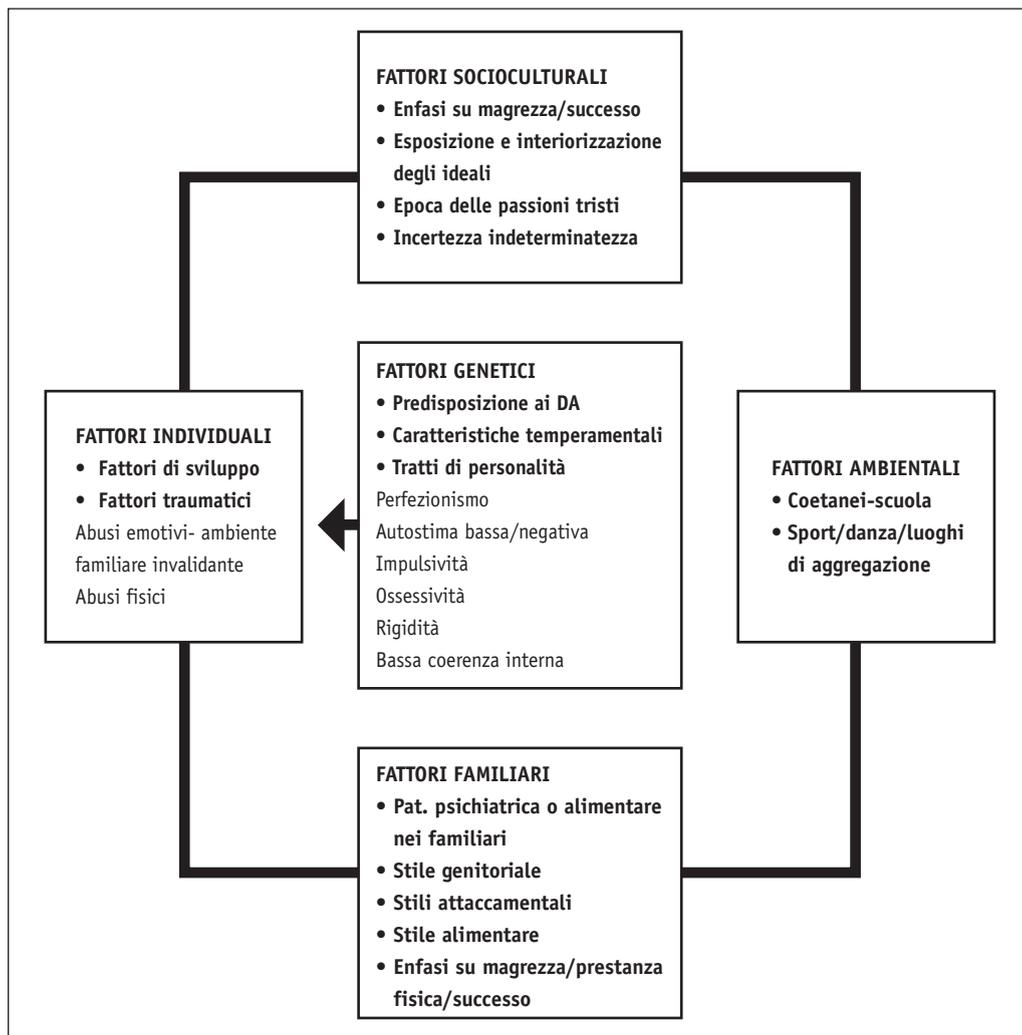
Si distingue in: primaria, rivolta a prevenire lo sviluppo di problematiche future attraverso l'identificazione ed eliminazione di fattori di rischio specifici e lo sviluppo di fattori protettivi; secondaria: indirizzata alla diagnosi precoce; terziaria: consistente in interventi di ordine medico e sociale atti a evitare che soggetti "non-guariti" diventino degli invalidi, ovvero l'insorgenza di complicanze attraverso la stabilizzazione degli esiti e la prevenzione delle ricadute.

Nei DA molti autori mettono in dubbio la possibilità di svolgere prevenzione primaria perché sono patologie di recente diagnosi, con incompleta definizione eziopatogenetica (multifattorialità), sono relativamente poco diffuse, caratterizzate da fattori di rischio complessi anche nella loro interazione, difficilmente modificabili (es. genetica) e rappresentati tra l'altro da fattori di rischio socioculturali. I risultati degli interventi preventivi fino a ora testati sono, inoltre, ambivalenti. Esistono comunque motivi etici ed economici per svolgere programmi preventivi anche nei DA, ma la domanda centrale da porsi per decidere come condurli è se vogliamo prevenire la manifestazione di sintomi alimentari o prevenire una patologia che ha caratteristiche complesse con una psicopatologia specifica e associata.

Per svolgere un programma di prevenzione è necessario conoscere i fattori di rischio, i fattori di protezione e il modello eziopatogenetico, ipotizzato o riconosciuto, della patologia che si vuole prevenire. Nei DA il modello eziopatogenetico più diffuso, sebbene ne esistano diverse varianti, è quello multifattoriale in cui fattori predisponenti (individuali, familiari, socioculturali, vedi Fig.1) interagiscono tra loro rendendo l'individuo più vulnerabile nelle aree peso/aspetto/cibo, che diventerebbero sintomatiche in presenza di fattori precipitanti rappresentati da eventi di vita che minano gravemente il senso di stabilità e controllo. Una volta innescata la sintomatologia alimentare essa verrebbe mantenuta da fattori rappresentati anche dalle conseguenze psicologiche e fisiche della restrizione alimentare e della perdita di peso.

La ricerca riguardante i fattori di rischio per lo sviluppo dei DA non è ancora giunta a conclusioni definitive anche se agli studi significativi di Fairburn e collaboratori della fine degli anni novanta (1997, 1998, 1999) si sono aggiunte più recenti indagini. Per fattore di rischio si intende una caratteristica misurabile di ciascun soggetto in una specifica popolazione, che precede l'esito di interesse e divide la popolazione in un gruppo a basso e uno ad alto rischio, quest'ultimo con una maggior probabilità dell'evento atteso (Kraemer, 1997). Fairburn (Fairburn et al, 1997; 1998; 1999) suddivise, testandoli attraverso studi caso-controllo, i fattori di rischio per Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Binge Eating Disorder (BED) in 3 domini, 12 sottodomini (dominio vulnerabilità personale: caratteristiche dell'infanzia, disturbi psichiatrici precedenti, disturbi della condotta, disturbi psichiatrici dei genitori; dominio fattori ambientali: problematiche relazionali in famiglia, eventi distruttivi, disturbi psichiatrici dei genitori, derisioni e molestie, abusi sessuali o fisici; dominio vulnerabilità dietetica: rischio di sottoporsi a dieta, rischio di obesità, DA dei genitori) e quattro fattori di rischio addizionali riguardanti la vita riproduttiva del soggetto.

Figura 1 - Fattori predisponenti



I fattori riconosciuti in precedenza sono tuttora validi ma negli ultimi anni, utilizzando le nuove tecniche di neuroimaging associate a test neuropsicologici, sono state individuate ulteriori caratteristiche che potrebbero rappresentare endofenotipi predisponenti allo sviluppo e al mantenimento soprattutto dell'AN (Rose et al, 2011). Gli endofenotipi (o fenotipi intermedi) sono tratti oggettivi, quantitativi ed ereditabili, che rappresentano fattori di rischio per disturbi poligenici a livelli sottostanti dei fenotipi comportamentali o clinici. Si ipotizza che i modelli endofenotipici di malattia possano aiutare la comprensione dell'eziologia e l'inquadramento diagnostico di complesse alterazioni della fisiologia psichica contribuendo all'individuazione della struttura biologica sottostante i criteri diagnostici.

Nell'AN i principali endofenotipi individuati sono tratti temperamentali o di personalità (perfezionismo, inefficacia, insoddisfazione corporea, sensibilità alla punizione), caratteristiche cognitive riguardanti lo stile cognitivo (inadeguata flessibilità cognitiva o rigidità, debole coerenza centrale con attenzione al dettaglio più che alla visione d'insieme), caratteristiche biologiche. Il riconoscimento di questi fattori potrebbe contribuire allo sviluppo di nuovi modelli preventivi basati sul lavoro su specifici fattori di vulnerabilità.

Per quanto riguarda i fattori ambientali, quelli socioculturali sarebbero rappresentati dagli ideali estetici, di successo e valore personale proposti dalla società ma soprattutto il grado di esposizione e interiorizzazione di questi ideali da parte del soggetto. Sembra, infatti, che lo sviluppo dell'insoddisfazione corporea, caratteristica centrale nell'insorgenza e nel mantenimento dei DA, avvenga attraverso l'interiorizzazione (adeguamento cognitivo agli standard estetici tanto da modificare il proprio comportamento per raggiungerli) dei messaggi ricevuti da genitori, coetanei e media che costituirebbero tra l'altro dei modulatori della predisposizione genetica in età puberale. In un'ottica sociologica, quale quella proposta da Benasayag e Schmit (2003), i DA potrebbero essere una delle manifestazioni della "Epoca delle passioni tristi" in cui viviamo che ha visto il crollo del mito dell'uomo onnipotente costruttore della storia, in cui il futuro non è più promessa, come insito nell'idea di progresso, dove tutto è possibile e quindi tutto è costantemente incerto e imprevedibile e quindi il senso di impotenza e disgregazione è dilagante. In questa società è tracollato anche il principio di autorità-anteriorità secondo il quale chi è più anziano è anche più autorevole, in favore di una simmetria tra genitore e figlio dove l'uguaglianza è il pericoloso abbattimento delle differenze (Ugazio, 1998) che lascia i più giovani in balia delle seduzioni commerciali e culturali, senza guide normative e rassicuranti.

In questo contesto ambientale si inseriscono i fattori di rischio familiari rappresentati dagli stili comunicativi e attaccamentali, dalla presenza di patologia alimentare o psichiatrica, dall'attenzione nei confronti di peso-aspetto da parte dei familiari. È stato dimostrato che uno stile di attaccamento insicuro favorisce lo sviluppo di disturbi dell'identità e tendenza alla dipendenza con alternanza tra fusione e rifiuto, invischiamento e distacco (Dupont, Corcos, 2008). Uno stile parentale autorevole ridurrebbe il rischio di DA (Enten, Golan, 2008), mentre uno permissivo si assocerebbe a scarso monitoraggio dell'alimentazione non-salutare, restrizione alimentare materna e spinta all'assunzione di cibo paterna (Blisset, Haycraft, 2008). La connessione intra-familiare sarebbe invece un fattore protettivo verso i DA. Tipicamente le famiglie in cui è presente un DA sono caratterizzate da genitori che prestano più attenzione alle problematiche fisiche rispetto a quelle psicologiche, presentano elevata tendenza a proteggere dal pericolo senza fornire effettiva cura e carenze nel favorire lo sviluppo dell'autostima e dell'autoefficacia. Spesso ci si trova davanti a quello che Waller e colleghi (2007) definiscono, mutuandolo da quanto sostenuto da Marsha Linehan nell'ambito del disturbo borderline di personalità, un ambiente emotivamente invalidante in cui uno o entrambi i genitori ignorano o ascoltano in modo incongruo le emozioni dei figli inducendo in loro convinzioni e costrutti centrali negativi, relativi al va-

lore personale e delle proprie emozioni, che si manifestano con alessitimia, scarsa tolleranza del disagio e inibizione emotiva. L'invalidazione emotiva è evidente in presenza di abuso fisico o emotivo di cui un esempio molto diffuso è la trascuratezza, bassa cura, paterna. Le pazienti bulimiche rispetto alle anoressiche ottengono punteggi più alti alle scale di invalidazione paterna, con un'associazione di questi punteggi al vomito autoindotto. I programmi di prevenzione primaria, rivolti all'individuazione, riduzione ed eliminazione dei fattori di rischio per una patologia sono possibili se: l'eziologia del disturbo è nota, è possibile un intervento efficace e il rapporto costi/benefici è vantaggioso. Nel caso dei DA l'eziologia non è del tutto nota. Non sono stati riconosciuti, infatti, tutti i fattori coinvolti come pure le loro modalità di interazione e tra i fattori di rischio ce ne sono di modificabili, o almeno potenzialmente tali, come quelli ambientali, familiari, individuali, socioculturali, psicologici e altri su cui non è possibile intervenire come quelli biologici e genetici. Anche sui fattori precipitanti individuati si può intervenire parzialmente. Per quanto riguarda poi la possibilità di interventi efficaci, al momento sembra esserci, anche se con limiti e seguendo indicazioni specifiche, soprattutto sui sintomi bulimici. I risultati dei programmi preventivi in termini economici sono ancora dubbi, ma sembra che utilizzare modelli rivolti alla prevenzione sia dei DA sia dell'obesità possa essere la soluzione vincente (Wang et al, 2011).

La prevenzione può essere intesa come promozione della salute e pertanto si trova in un *continuum* con gli interventi terapeutici (da quelli minimali a quelli più specialistici). In questo senso le distinzioni tra primaria e secondaria talvolta sono forzate poiché gli aspetti informativi ed educativi della primaria possono contribuire all'identificazione precoce dei nuovi casi (secondaria).

Strutturare un intervento di prevenzione

In generale, per sviluppare un programma di prevenzione primaria è necessario scegliere approccio, strategia, livello d'azione, modello e livello di cambiamento. Gli approcci preventivi possono mirare, in primo luogo, a eliminare e ridurre i fattori di rischio con riduzione dell'incidenza dei DA; quindi ad attenuare la vulnerabilità individuale; infine a rinforzare i fattori protettivi, intervento che abbasserebbe la probabilità dell'evento atteso (lo sviluppo di DA).

La strategia preventiva può riguardare la popolazione generale oppure i soggetti a rischio: nel primo caso si tratta di programmi definiti universali (*Universal Prevention Program*) il cui obiettivo è ridurre l'incidenza di una patologia eliminando o riducendo i fattori di rischio prevalenti nella popolazione generale; nel secondo caso si tratta di interventi mirati/selezionati (*Targeted/selected Prevention Intervention*) che cercano di modificare i fattori di rischio in soggetti "ad alto rischio" di sviluppo della patologia, quali possono essere nel caso dei DA le ragazze adolescenti. Esiste anche un modello di prevenzione in continuum che comprende sia programmi universali selettivi (*Universal-selective*), coinvolgenti grandi gruppi di persone che includono soggetti a rischio per età o stadio di sviluppo, sia selettivi-mirati (*Selective-targeted*) riguardanti piccoli gruppi di persone con

rischio moderato/elevato perché presentano chiari precursori di patologia.

I livelli d'azione, a nostro parere non in contrapposizione ma semmai sinergici nell'ambito dei DA, sono individuale e sociale/ambientale. I modelli di prevenzione possono essere non-specifici e cercare genericamente di ridurre l'impatto dei fattori di stress generale e di rinforzare le abilità (*life-skill*) di gestione degli stessi (*Non-specific life-stressors model*) o specifici per il disturbo che si vuole prevenire (*Disorder-specific model*) e rivolti quindi a contrastare le cause o i fattori predisponenti specifici.

I programmi di prevenzione possono poi mirare a ottenere cambiamenti a livello di: conoscenze (es. informazioni sui DA), atteggiamenti (es. ideale di bellezza), comportamenti (es. interruzione delle pratiche restrittive). La prevenzione primaria dei DA dovrebbe: ridurre i fattori di rischio specifici noti e modificabili (sociali, familiari, individuali: dieta, obesità, insoddisfazione corporea, importanza della magrezza e dell'aspetto fisico nella valutazione di sé, atteggiamento genitoriale, media, bassa autostima, perfezionismo, ecc.); aumentare i fattori protettivi e le abilità dei soggetti a resistere ai messaggi socio-culturali e ai fattori stressanti; promuovere una contro-cultura che riconosca il valore personale indipendentemente da peso e aspetto.

Dato il fiorire di interventi preventivi, è necessario che un programma di prevenzione primaria per i DA soddisfi i seguenti requisiti per essere considerato efficace: il programma è stato svolto nel modo in cui era stato programmato (fedeltà elevata); i partecipanti, come gruppo, mostrano un'incidenza di DA inferiore a quella della popolazione generale; le condizioni sperimentali dimostrano che l'effetto è probabilmente dovuto all'intervento preventivo; la riduzione dell'incidenza dei DA è mediata dalla riduzione dei fattori di rischio, o dall'incremento dei fattori protettivi, enfatizzati dal modello sottostante il programma preventivo.

In pratica gli interventi di prevenzione primaria dei DA dovrebbero promuovere stili e comportamenti alimentari salutari, incrementare fattori psicologici protettivi (autostima, accettazione corporea), favorire una soddisfacente salute fisica, avere un effetto duraturo e positivo sulla salute fisica e mentale. In altre parole il loro compito sarebbe quello di promuovere la salute e modificare la cultura dell'insoddisfazione corporea. Dovrebbero essere programmi interattivi per conseguire cambiamenti cognitivi e comportamentali, centrati sui destinatari, individui a rischio o a specifiche categorie a rischio, svolti durante l'adolescenza, miranti ad aumentare l'autostima e l'autoefficacia. Gli ormai desueti programmi educativi scolastici, di breve durata, dovrebbero essere sostituiti da interventi preventivi che coinvolgano anche la famiglia e la comunità. Programmi utili dovrebbero essere rivolti a contrastare i modelli culturali vigenti, a incrementare l'autostima, a migliorare l'accettazione della propria immagine corporea e il valore personale riducendo atteggiamenti, comportamenti e desideri perfezionistici. Possono essere sia programmi scolastici, ma anche programmi che l'utente può svolgere via internet o tramite Compact Disk.

Nella letteratura internazionale sono presenti al momento poche evidenze riguardanti la prevenzione primaria dei DA. Stice & Shaw (2004) in una *review* comprendente 51 studi

controllati hanno riscontrato che 32 (53%) riportavano una significativa riduzione di almeno 1 fattore di rischio per i DA (es. insoddisfazione corporea), 15 (25%) conseguivano la riduzione della patologia alimentare esistente e tra essi alcuni prevenivano anche l'insorgenza di nuovi casi.

Grazie a questa meta-analisi i due autori sono giunti alle seguenti conclusioni: 1. i programmi preventivi più recenti sono più efficienti; 2. gli interventi mirati rivolti a popolazioni ad alto rischio ottengono risultati maggiori; 3. i programmi interattivi sono più efficienti di quelli didattici; 4. gli interventi sono più utili se sono rivolti a soggetti nella tarda adolescenza o alle donne in età da college; 5. I programmi di prevenzione non sono pericolosi, ma non è opportuno attuarli utilizzando ex-pazienti. Un'altra indagine degli stessi autori (Shaw, Stice, 2009) ha evidenziato che il 51% degli interventi preventivi riduce i fattori di rischio per i DA e il 29% riduce il rischio presente e futuro di DA.

I programmi di prevenzione nella popolazione in età di scuola elementare e media fin qui studiati sono prevalentemente di tipo "Universale" e hanno conseguito risultati non chiari. È stato però notato che gli interventi psicoeducativi, che si focalizzano su una sana regolazione del peso, scoraggiano la "dieta" non salutare, affrontano i fattori di sviluppo, sociali e culturali connessi all'immagine corporea e al cibo, hanno effetto preventivo minimo e di breve durata. I programmi che cercano di agire sui fattori di rischio sono risultati, invece, sicuri, fattibili, con effetti sulle conoscenze e sull'autostima connessa al peso.

In risposta all'elevata prevalenza di obesità, DA e comportamenti alimentari disturbati tra i giovani, i ricercatori hanno proposto di usare un approccio integrato alla prevenzione rivolto allo spettro dei disturbi peso-correlati (Haines, Neumark-Sztainer, 2006). Per sviluppare interventi preventivi di questo tipo è essenziale individuare fattori di rischio comuni quali possono essere il sottoporsi a diete, l'esposizione ai media, l'insoddisfazione corporea e l'essere derisi per il peso.

Al momento i programmi preventivi per i DA e per l'obesità danno indicazioni spesso incongrue tra loro e quindi difficilmente sono applicabili per prevenire entrambe le patologie. In quest'ottica i programmi dovrebbero favorire comportamenti sani di regolazione del peso e un'alimentazione adeguata associata a un'attività fisica regolare. Interventi diffusi tramite CD, basati sulla gestione sana del peso, sono risultati promettenti nel prevenire DA e obesità (Scime & Cook-Cottone, 2008).

Un programma integrato sembrerebbe più efficace se seleziona i soggetti appartenenti a categorie a rischio cui fornire l'intervento più adeguato (ballerine, diabetici, ecc.) anche attraverso l'utilizzo di internet o cd e coinvolgendo i genitori. Secondo Neumark-Sztainer (2005) esistono motivi pratici e concettuali per prevenire entrambe le patologie contemporaneamente tra cui l'abbandono di un modello medico orientato verso il problema a favore di un modello integrato orientato verso il benessere con l'obiettivo di sviluppare comportamenti salutarci invece di ridurre comportamenti patologici. La prevenzione di obesità e DA richiede di apportare cambiamenti nell'ambiente fisico e sociale e l'azione a vari livelli, sull'ambiente e sui soggetti, consegue effetti aggiuntivi.

Nella Tabella 1 è riportata una sintesi delle possibilità di integrazione degli interventi preventivi superando alcuni limiti di entrambi:

Prevenzione DA	Prevenzione OB
<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di rendere speciale DA (siti pro-ANA) • Possibili effetti iatrogeni 	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di ulteriore stigmatizzazione • Troppo focalizzata su controllo peso e può indurre DA
<p>Obiettivi condivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pattern alimentari bilanciati • Attività fisica bilanciata • Immagine corporea e autostima positiva • Fronteggiare i messaggi dei media • Importanza del contesto sociale (pasti in famiglia, ruolo genitoriale come modello, educazione alla salute a scuola) 	

Al momento i dati della letteratura internazionale (Levine & Smolack, 2007) portano a concludere che: 1) Programmi “universali-selettivi” comprendenti lezioni in classe, anche se interattivi e rivolti ad aumentare la capacità di reazione, non ottengono risultati significativi e duraturi; 2) Interventi mirati sono più efficaci, maneggevoli e noti ai clinici; 3) I dati derivanti dalla prevenzione dell’abuso di sostanze indicano nei programmi multidimensionali il modello migliore per ottenere risultati a lungo termine; 4) La componente psicoeducativa è fondamentale nei programmi multidimensionali “universali-selettivi” o “selettivi-mirati” che rinforzano una prospettiva sociale fondamentale; 5) Una varietà di studi svolti su donne ad alto rischio hanno ottenuto cambiamenti significativi e duraturi nei fattori di rischio; 6) L’induzione della dissonanza cognitiva verso i modelli internalizzati di magrezza, la gestione sana del peso e l’utilizzo del computer hanno contribuito a migliorare l’efficacia dei programmi. Nonostante il grande utilizzo del termine, non è stato ancora definito chiaramente il significato di “ad alto rischio” e come comunicarlo a parenti, insegnanti, operatori. Non è nemmeno noto se i risultati ottenuti dai programmi testati possano essere estesi ad altre categorie a rischio, popolazioni culturali, etniche e socio-economiche e ai maschi.

Scime & Cook-Cottone (2008) hanno individuato le sette componenti principali dei programmi preventivi efficaci: 1. interattività; 2. approccio costruttivista (centrato su studenti, apprendimento basato su problemi/progetti); 3. cornice psicologica positiva; 4. contenuto che induce dissonanza cognitiva per combattere l’ideale estetico magro; 5. esperti utilizzati come facilitatori; 6. sezioni multiple; 7. rivolti soprattutto a soggetti di sesso femminile.

Stice e colleghi (2008) hanno studiato, attraverso un trial randomizzato di efficacia, gli effetti a lungo termine di un programma di riduzione dell’internalizzazione dell’ideale estetico magro basato sulla dissonanza. I partecipanti al programma hanno manifestato una significativa riduzione dell’internalizzazione dell’ideale di magrezza, dell’insoddisfazione

corporea, della deflessione del tono dell'umore, dei sintomi alimentari e del malfunzionamento sociale, e un minor rischio di sviluppo di DA nei 2-3 anni di follow-up. In questo programma il mediatore del cambiamento era l'internalizzazione dell'ideale estetico che prediceva e solitamente precedeva gli esiti.

Finora il programma preventivo basato sulla dissonanza sembra essere il più promettente assieme a un intervento per il controllo del peso sano con cui è stato confrontato che ha portato alla riduzione dell'internalizzazione dell'ideale di magrezza, dell'insoddisfazione corporea, del tono dell'umore negativo, dei sintomi alimentari e dell'incidenza di DA e obesità. In questo caso il mediatore era l'alimentazione sana e l'attività fisica il cui cambiamento precedeva ma raramente era in grado di predire gli esiti. Secondo Stice e colleghi (2008), la ricerca futura dovrebbe essere rivolta allo sviluppo di interventi che prevengano più patologie. In tal senso un approccio promettente potrebbe essere affrontare fattori generali di rischio che predicono l'insorgenza di più patologie, piuttosto di fattori specifici per una condizione morbosa. Secondo Levine, Smolak (2006) la società è l'obiettivo primario e finale della prevenzione dei DA.

Per una conclusione

Nella prevenzione primaria dei DA rimangono ancora molti aspetti da chiarire. È necessario ad esempio testare se programmi che effettivamente riducono un comportamento patologico (es. le abbuffate) riducono altri problemi di salute che conseguono a quel comportamento (es. obesità e depressione) o se gli interventi valutati efficaci in trial clinici randomizzati sono efficienti e fattibili nella vita reale.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria il suo obiettivo è ridurre la durata di malattia attraverso la diagnosi precoce. Sono possibili due modalità: 1. lo *screening*, che consiste nel testare volontari apparentemente sani per suddividerli in soggetti con bassa o alta probabilità di sviluppo di un determinato disturbo, ma non sembra un approccio giustificato nei DA; 2. l'identificazione del caso, secondo la quale si valutano soggetti che si sono rivolti al curante per patologie anche non correlate alla principale alla ricerca di possibili segnali di patologia. La prevenzione secondaria mira a riconoscere i segni iniziali di DA, inquadrare le sindromi subcliniche e/o parziali, giungere alla diagnosi differenziale e alla valutazione della presenza di comorbidità (diabete, patologie psichiatriche, abuso di sostanze). Si rivolge a categorie a rischio (ballerine, atlete, parenti di soggetti con DA) e non (maschi, età infantile, ecc.) di sviluppo di DA. Sono parte della prevenzione secondaria il fornire informazioni sulla malattia e sulle sue complicanze al soggetto malato e ai familiari anche attraverso manuali di auto-aiuto, contribuire allo sviluppo della motivazione al trattamento e l'invio a specialisti.

La prevenzione terziaria non è una vera forma di prevenzione perché riguarda soggetti "non guariti" nonostante le cure intraprese che devono essere sorvegliati e trattati per scongiurare evoluzioni nefaste. Nei DA riguarda molti soggetti poiché sono patologie che tendono a cronicizzare e avere fasi alterne, mentre è difficile definire la "guarigione". La prevenzione

terziaria pertanto cerca di: prevenire l'invalidità, senza rinunciare a un'ottica di cambiamento; stabilizzare le condizioni psico-fisiche, mantenendo la malattia a un livello meno pericoloso per la sopravvivenza e alleviando le sofferenze del paziente e della sua famiglia; gestire le eventuali emergenze e urgenze.

Nei DA, dopo tanto tempo in cui non si sono riscontrati programmi efficaci nella prevenzione primaria, si comincia a intravedere la strada giusta da percorrere consistente nel favorire uno stato di dissonanza nei confronti dell'ideale estetico proposto dalla società. Alcuni autori sottolineano tuttavia la necessità di sviluppare programmi preventivi integrati rivolti ai fattori di rischio comuni allo sviluppo di obesità e DA, ma anche di una serie di patologie psichiatriche indicative di profondo disagio e che hanno in comune la difficile gestione degli impulsi (abuso di alcol e sostanze, depressione e rischio suicidario, gioco d'azzardo patologico).

Dal momento che i dati empirici sono scarsi e ci sono evidenze di una serie di fattori di rischio e di fattori protettivi comuni forse in un futuro non sarà più necessario pensare a programmi preventivi patologia-specifici ma a interventi a diversi livelli (società, scuola, famiglia, individuo) rivolti a migliorare l'autostima dell'individuo e la sua capacità di contrastare i messaggi culturali. La metafora delle scatole cinesi sembra utilizzabile per definire modelli complessi di prevenzione.

Bibliografia

Benasayag M, Schmit G, *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano 2003.

Blissett J, Haycraft E., "Are parenting style and controlling feeding practices related?", *Appetite*, 50 (2008), pp. 477-485.

Dupont M.E., Corcos M., "Psychopathology in Eating Disorders: new trends", *Rev. Prat.*, Jan 31 (2008); 58(2): pp. 141-3, 145-6, 148-9.

Enten R.S., Golan M., "Parenting styles and weight-related symptoms and behaviors with recommendations for practice Nutrition Reviews", Vol. 66(2) (2008), pp. 65-75.

Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A., O'Connor M.E., "Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study", *Arch Gen Psychiatry*, Jun;54(6) (1997), pp. 509-17.

Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. *Arch Gen Psychiatry*;55:425-432.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. May; 56(5):468-76.

Haines J, Neumark-Sztainer D (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, vol. 21, no.6: 770-82.

Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull*; 130: 19-65.

Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR. (1997). Coming to terms with terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.

- Levine MP, Smolak L (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levine MP, Smolak L (2007). Prevention of negative body image, disordered eating, and eating disorders: An update. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. De Zwaan & H. Steiger (Eds.), *Annual review of eating disorders: Part I -2007* (pp. 1 -14). Oxford: Radcliffe.
- Neumark-Sztainer D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: What can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*; 44:206-213.
- Neumark-Sztainer D. (2005). "Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents?", *Internat. Journal of Eating Disorders*; 38:220-227.
- Rose M, Davis J, Frampton I, Lask B (2011). The Ravello Profile: Development of a global standard neuropsychological assessment for young people with anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry*. April, 16: 195-202.
- Scime M, & Cook-Cottone CP (2008). Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 134-142.
- Shaw H, Stice E, Black Becker C (2009). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 199-207.
- Stice E, Shaw H (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychol Bull*; 130: 206-227.
- Ugazio V (1998). *Storie permesse, storie proibite*. Bollati Boringhieri.
- Waller G (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: implications for treatment. *Eat Disord* 15:317-31.
- Wang LY, Nichols LP, Austin SB (2011). The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Aug;165(8):756-62.

Capitolo 4

EDUCARE ALLA LIBERTÀ: AREA SCUOLA

Il maestro mediocre informa.

Il maestro buono forma.

Il maestro saggio ascolta...

e semina il dubbio.

Premessa

L'obiettivo che si persegue nella formazione in campo DCA è quello di sensibilizzare insegnanti, familiari e studenti nella conoscenza di un disturbo ormai endemico che riguarda nella massima parte dei casi la popolazione in età scolare, particolarmente nella fascia d'età tra 12 e 25 anni, in modo da fornire loro gli strumenti per riconoscere eventuali segnali di disagio e richieste di aiuto, traducendo questi segnali in risposte efficaci. L'esito degli interventi di cura, teniamo a precisare, multifattoriale, è condizionato dal tempo: storie brevi di malattia hanno percentuali altissime di remissione completa, man mano che la storia di malattia si allunga, l'intervento diventa sempre più complicato. In tal senso, diviene fondamentale l'azione di prevenzione e di segnalazione dei primi segni di disagio, agli insegnanti è affidato il compito non di sostituirsi ad un intervento terapeutico, ma di vigilare e ascoltare le richieste di aiuto dei propri studenti, facendosi anello di congiunzione tra queste e il contesto familiare. I segnali da cogliere possono essere anche molto deboli, tuttavia, è anche dai particolari che si può rintracciare una richiesta di aiuto.

Disagio e condizione giovanile

Non sarebbe però possibile parlare di condizione giovanile e di prevenzione al disagio (non solo in campo DCA) senza prima esserci posti la domanda su cosa significhi essere giovani oggi. Sembra infatti che la condizione giovanile divenga oggetto di attenzione solamente nel momento in cui accade una rottura o sul piano patologico o sociale; ci si interroga sulla condizione giovanile nel momento in cui i giovani muoiono, uccidono oppure si ammalano. L'interrogazione rimane così sempre estranea, lontana dalle vite dei ragazzi, espressione di uno sguardo da entomologo che osserva forme di vita lontane da sé. Sarebbe, invece, bello pensarli, questi ragazzi, in un mondo condiviso, fatto di parole comuni, degli stessi sogni e delle stesse paure; i giovani siamo noi, sono quello che siamo stati e soprattutto sono il riflesso di dove abbiamo abdicato, laddove abbiamo indietreggiato loro sono lì, ad indicarci quella direzione come un rimprovero od un rimpianto.

Le tante campagne di prevenzione al disagio giovanile, dalla droga ai DCA, falliscono così il loro scopo nel momento stesso in cui diventano informazione di esperti piuttosto che dialogo, confronto sugli ideali da condividere, sulla strada da percorrere, sul linguaggio da adottare.

L'unico fattore di protezione rispetto al disagio, al dolore dell'esistere, sotto qualsiasi forma esso si manifesti, è sempre e solo il mondo delle idee. La differenza, infatti, tra la qualità della vita di una persona e un'altra è rappresentata dalla qualità delle domande che la abitano. Ma forse abbiamo paura, come singoli, come esperti, come educatori e genitori a confrontarci con i loro mozziconi di sigarette spenti dentro le tasche, con i loro occhi pieni di rabbia, di silenzio, di vuoto, abbiamo il terrore di scoprire il deserto che abita in noi, nelle nostre case pulite, nei nostri viaggi ordinati, nel nostro corpo controllato. Anche noi abbiamo contribuito a tutto questo, non siamo stati in grado di testimoniare parole di vita, di farli innamorare della vita stessa: al primo fallimento, il nostro o il loro, abbiamo indietreggiato, ci siamo chiusi in un controllo sempre più rigido delle determinazioni dell'esistenza.

Solo la vita è in grado di guarire la vita e sicuramente dovremmo affidare a loro la possibilità di parlarsi, di contagiarsi di passione verso l'esistenza, invece che renderli piccoli esperti di mali e medicine, la nostra società ha perso di vista il concetto di salvezza barattandolo con quello di salute, dovremmo riaprire le piazze e i vicoli per far uscire allo scoperto i volti, aprirli alla musica e alle parole, fare in modo che la loro voglia di vita contagi noi e gli altri coetanei.

Dieci motivi per cui vale la pena vivere, chiedeva uno scrittore: lo abbiamo mai chiesto ai nostri figli? Ce lo siamo mai chiesto noi stessi? Mettiamo dei ragazzi nelle nostre piazze a chiederselo tra di loro e sperimenteranno un'idea di prevenzione diversa e che salvi la bellezza dal mondo così come appare e come per fortuna non è. Molti ragazzi si ammalano di patologie vischiose ed invasive, come quella dei DCA, è una forma di congedo dalla vita. Ci sono molti modi di morire, si può morire di noia, di solitudine, di amore, di disperazione, si può morire rimanendo in vita, semplicemente perdendone il senso.

Il contatto con la vita è tutt'altro che un senso naturale, ma qualcosa di appreso e che non finiamo mai di apprendere fino all'ultimo giorno della nostra vita. Per questo, ogni qualvolta le cronache ci raccontano di ragazzi che si perdono, riceviamo un colpo, uno schiaffo in faccia. Sono i nostri figli che si stanno ammalando, molti, troppi, perché una società possa ancora riconoscersi come comunità umana; prima di essere un problema o un'emergenza medica o sanitaria è un appello etico quello che si evidenzia. Tutti siamo responsabili di tutto, nessuno può sentirsi esentato dal rispondere. Come ricorda Bernanos: quando lo spirito dei giovani si raffredda tutta l'umanità batte i denti. Ora il problema è se siamo ancora capaci di sentire questo freddo, se siamo ancora capaci di parole forti, vere ed autentiche, in grado di strappare dalla solitudine, dall'insensato e dall'indifferenza quei giovani corpi, che ci stanno interrogando.

La sofferenza di un ventenne è una questione sociale, ancor prima di essere un problema delle persone, delle famiglie che lo vivono come se avessero fallito personalmente, come se qualcosa o qualcuno, magicamente, si fosse introdotto nei loro affetti, nei loro progetti e li avesse dirottati, deviati verso il male. Un grande cambiamento è avvenuto sotto i nostri occhi, come ammonisce il filosofo Umberto Galimberti, un cambio nella visione della temporalità: il futuro, che nelle generazioni precedenti veniva vissuto come promessa, spazio di apertura a possibili

lità nascoste, ora viene vissuto dai giovani come minaccia. È come se il tempo e quindi la percezione del proprio futuro, fosse diventato una scatola vuota da riempire, ci si allontana sempre di più dal mistero del tempo, dal viverlo esistenzialmente e dal pensarlo concettualmente; *la distentio animi* di cui parlava Agostino, il presente del passato come memoria, il presente del presente come visione, il presente del futuro come attesa, si è allontanata dall'interiorità dell'uomo e tutto è ricaduto nella superficie del mondo e del suo commercio quotidiano.

Il tempo è un mistero e bisogna educarsi alla temporalità, a vivere della visione del proprio presente, ad accordarla con la memoria del proprio passato per costruire il proprio futuro, in modo che il futuro non sia vissuto con timore come una minaccia ma diventi una promessa che apra al futuro. Il problema è far emergere un tempo carico di significazioni, carico di senso, prendendosi cura del rapporto che riusciamo ad intrattenere con una dimensione così delicata, come quella della temporalità. Solo un lavoro di accettazione costante è in grado di far sparire le minacce immaginate o anche se realmente vissute, insite nella nostra vita temporale, trasformandole. L'attesa e la speranza fanno parte di questo delicato lavoro d'interpretazione della propria biografia e di quella del proprio tempo. La speranza rimane un rischio, sperare è un atto di fiducia incondizionato dagli eventi, se lo leghiamo alla realizzazione dei desideri non è più speranza ma desiderio di realizzazione, quindi un'altra cosa: sperare è coltivare una fiducia incondizionata nel momento in cui tutto farebbe pensare al contrario.

Chi non spera nell'insperabile non lo otterrà, cita la storia della filosofia, la speranza, quindi, rimane una virtù tra le più alte e raffinate che gli esseri umani possano coltivare. Paradossalmente, la speranza non riguarda tanto il futuro, quanto il presente, nel senso che ogni istante può diventare significativo, noi dobbiamo imparare a vivere ogni momento come se fosse eterno: "Cogli l'eternità nell'istante" è un principio fondamentale. Naturalmente per eternità non si intende un tempo lungo, gonfiato oltre ogni dimensione finita, per eternità si intende la pienezza dell'esistere, l'eternità riguarda quei momenti d'essere in cui a me sembra di scoprire il senso delle cose, e questo senso delle cose io lo scopro andando al di là dell'oscurità dell'attimo stesso.

La speranza si insinua in tutte le manifestazioni dell'uomo a partire dai sogni, che sono un'attesa di un mondo migliore. A Shakespeare, che si chiedeva di quale materia fossero fatti i sogni, si potrebbe rispondere che la materia di cui sono fatti i sogni è appunto la speranza. Non bisogna prendere il mondo così com'è: la speranza ci mostra, infatti, nel mondo la possibilità del movimento e dell'evoluzione dell'attimo vissuto. La nostra coscienza del presente, che a noi sembra così cristallina, così trasparente, è in realtà opaca, e quindi il presente in effetti è oscuro, usando un proverbio cinese: "Alla base del faro non c'è luce". Questo significa, allora, che noi non dobbiamo proiettarci nel futuro in quanto tale, ma illuminare, attraverso la conoscenza e attraverso la conoscenza della speranza, quello che è il centro del nostro essere, cioè dobbiamo buttare luce, dare senso a ogni momento della nostra vita, specialmente dobbiamo trovare, ricercare la forza per illuminare gli angoli in ombra della nostra esistenza, anche quelli più dolorosi.

Se i ragazzi hanno paura del futuro, se non riescono a vedere la luce alla base del faro, sarà abbastanza naturale che cerchino di affrontarlo con metodi che richiedono il minimo sforzo. Que-

ste strade facili, però risultano inutili. Più a un ragazzo si rivolgono ordini, esortazioni e critiche, più forte diviene la sua impressione di trovarsi di fronte a un abisso. Più noi lo spingiamo avanti, più lui cercherà di tirarsi indietro. A meno che non riusciremo ad incoraggiarlo, sostenendolo, ogni sforzo per aiutarlo sarà un errore e lo danneggerà ulteriormente. Finché è così pessimista e spaventato, non possiamo aspettarci che abbia la sensazione di potersi permettere degli sforzi supplementari per vivere e quindi ricorrerà a tutte le strategie ed i compromessi per non sentire questo dolore ne questo senso d'inadeguatezza.

Essere nel mondo è un impegno gravoso che costringe ad un pensiero autentico ed originale e per restare ancorati ad un mondo con così tante, così gravi contraddizioni, genera uno sforzo che va bene al di là di pensare alla nostra garanzia materiale. Ci siamo ingannati ed abbiamo ingannato i nostri ragazzi, nel pensare che la vita fosse un processo di ascesa verso forme sempre più complete e perfette di felicità da realizzare. La vita è difficile per semplicità, ammonisce Rilke, e la semplicità è la determinazione meno semplice da ottenere nella vita, comporta un grande sforzo, un lavoro continuo di impoverimento per ritornare alle cose stesse, alla meraviglia del loro mostrarsi.

Come comunità etica ed educativa, dobbiamo riallacciare un autentico dialogo con il mondo della vita, dobbiamo trovare il coraggio di cercare, anche come medici, altre parole, prenderle in prestito dalla filosofia o dalla poesia o dalla musica per aiutare la vita, a sviluppare ancora una volta, la vita incoraggiando le nuove generazione nel viverla.

La prevenzione a scuola: lavorare sul mondo delle idee

Al disorientamento della modernità è necessario rispondere con un "rafforzamento delle persone", aumentando la capacità di auto-orientamento, aiutando l'esercizio libero della scelta e dell'autonomia. Il problema è trovare nuove motivazioni che aiutino gli individui a gestire il maggior grado di libertà a disposizione e questo sicuramente è uno dei compiti affidati alla scuola. Occorre educare i ragazzi ad operare in modo autonomo nella società, avendo la capacità di autovalutarsi, prendendo decisioni, scegliendo.

Gli adulti, gli insegnanti possono facilitare il processo di crescita e maturazione, stimolando il soggetto a prendersi responsabilità circa il proprio comportamento, ad auto progettarsi e dunque ad evolversi. Bisogna impegnarsi verso una pratica educativa di accompagnamento, riconoscimento e condivisione, che non eviti la presenza degli adulti, anzi ne sia arricchita. Occorre fare attenzione alla ricerca dei significati profondi dell'esistere per cogliere spazi personali di positiva interazione tra sé e il mondo; è auspicabile, inoltre, promuovere l'emancipazione degli adolescenti da una condizione di dipendenza per scoprire "il proprio posto nel mondo". Bisogna affrontare insieme i dilemmi che caratterizzano l'esistenza umana: passando dall'insignificanza al significato, dal tempo vissuto a quello progettato, dalla protezione alla disposizione al rischio, dalla chiusura narcisistica all'apertura all'altro. L'azione educativa può aiutare a crescere nella ricerca di senso nella propria realtà personale.

La prevenzione nelle scuole resta, quindi, uno dei campi d'indagine più incisivo contro la diffusione delle patologie del comportamento alimentare; altrettanto importante del lavoro

svolto con gli studenti, è quello del riconoscimento dei sintomi e del trattamento della patologia, una volta che questa si sia manifestata, da parte dei docenti. Saper cogliere e riconoscere determinati segnali può consentire una più precoce diagnosi e, quindi, una possibilità maggiore di guarigione. Importante è, inoltre, ricordare, a questo proposito, che qualora un insegnante rilevi una situazione particolare è opportuno rivolgersi in primo luogo alla famiglia e quindi a specialisti del settore: se è vero che solo una persona può curare un'altra persona e che per permettere a queste persone di tornare a vivere è necessario restituirle a dei legami interpersonali forti, è altresì dimostrato che non è sufficiente un rapporto privilegiato per curare una patologia complessa come quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare che richiede, invece, un intervento specializzato e mirato.

In relazione al riconoscimento di segnali significativi rispetto alla patologia DCA è bene che l'insegnante sia attento a significativi cambiamenti nell'atteggiamento dei ragazzi; uno dei tratti della patologia è infatti definito perfezionismo clinico e consiste nell'attenzione quasi maniacale nei confronti delle attività, anche scolastiche, con episodi di vera e propria ossessione: ci sono casi in cui lo studente arriva a presentare tesine da 300 pagine per il percorso d'esame di III media o si sottopone a massacranti programmi di studio, continuando, al tempo stesso, a sottolineare come non ci sia niente di straordinario nel suo atteggiamento, anzi asserendo che potrebbe fare molto di più. Questo atteggiamento, in generale, riguarda lo stato iniziale della patologia, con l'avanzare del disturbo, infatti, si può registrare una diminuzione dell'attenzione per gli impegni scolastici dovuta all'aumento dell'ossessione per il cibo e il controllo delle forme corporee che ruba spazio ad ogni altra attività. In questa fase si possono registrare anche episodi di isolamento da parte del ragazzo che tendono ad evitare ogni momento conviviale o di socializzazione.

All'interno di un complesso lavoro in équipe resta comunque centrale il ruolo dell'insegnante anche nel far capire che queste sono patologie delle quali non ci si deve vergognare, che vanno affrontate e combattute perché si possono curare. Le difficoltà che si possono presentare a causa della presenza in classe di una ragazza o di un ragazzo affetto da anoressia o bulimia non devono spaventare: anzi è bene parlare con tutta la classe e affrontare il problema, sempre ricordando che è opportuno chiedere consiglio ad un esperto su come affrontare o trattare particolari argomenti. Resta di fondamentale importanza formare i docenti su questo disturbo per saperlo gestire e prevenire, nella convinzione che l'azione più significativa parlando di prevenzione, risiede nel recupero di una relazione educativa significativa, basata sulla convinzione che nessuno è insignificante o inutile nel sostenere o promuovere l'emancipazione altrui.

La scuola come agenzia di formazione ai valori culturali dovrebbe essere incisiva nel processo di costruzione identitaria ed educare i propri ragazzi ai valori della scelta, della verità, della libertà e della responsabilità ad essa connessa. La sfida delle agenzie educative è proprio in tal senso, far crescere questi ragazzi, educandoli ad una domanda così grande, a un impegno così radicale. La crisi che investe il mondo della scuola, ed anche quello genitoriale è proprio nella incapacità di assumersi questo impegno; come se la società adulta avesse svenduto il concetto vertiginoso di libertà per offrirne in cambio uno più piccolo, meno radicale che comporti meno responsabilità. Ora il problema risiede pro-

prio in questo assioma, libertà è responsabilità, fuori da questo si diventa schiavi. Schiavi del corpo, schiavi delle droghe, schiavi degli altri. Nella schiavitù non c'è partecipazione, non esiste capacità di condivisione, ognuno imprigionato nelle sue piccole o grandi ossessioni. Questi giovani che hanno respirato libertà fin da piccoli, che sono cresciuti senza vincoli si ammalano di libertà, della domanda che in essa riposa. Per quale scopo si vive in libertà? Quali sono i suoi autentici tratti distintivi?

La libertà cerca uno scopo e per questo richiede una convinzione, è una condizione indispensabile nel processo di costituzione identitaria, ciò che libera l'uomo dal determinismo; superficialmente la libertà è avvertita come assenza di limiti ma in realtà è assunzione di responsabilità nei confronti della propria vita.

Il grado di libertà di cui l'uomo dispone oggi, è maggiore rispetto al passato, ma questo oltre ad essere un fatto positivo, rischia di confondere l'individuo e magari imprigionarlo in una molteplicità indecifrabile di possibilità; chi non sa scegliere finisce per subire il condizionamento di impulsi interni e/o processi e strutture sociali.

L'uomo vive ormai in una situazione di pluralizzazione di "mondi di vita" e per chi è ancora debole nella costruzione della propria identità, può essere molto complicato reggere l'equilibrio tra sé e il mondo esterno. "La libertà non è uno spazio libero e neanche avere un'opinione", scriveva Giorgio Gaber, proprio perché essere liberi non è solo un diritto, ma piuttosto un compito, una conquista, una condanna.

Presuppone la ricerca della verità, del vero bene, e pertanto trova il proprio compimento precisamente nel conoscere e fare ciò di cui ci si rende responsabili. Come ci ricorda Sartre: "L'uomo è interamente responsabile delle sue scelte"; nessuna scusa, nessun rammario: se la libertà è assoluta, io scelgo il significato dato all'esistenza. La libertà m'impegna per il valore che io attribuisco all'umano.

Ogni vita rappresenta se stessa e la sua situazione, ogni vita reca con sé una domanda di verità che solo con un attento e severo esercizio di libertà può essere ravvisato; la vita è sempre vissuta dall'interno e questioni di significato sono decisive solo se possono essere sollevate nell'interiorità. L'uomo pertanto diventa ciò che vuole e che sceglie di essere.

Dobbiamo rieducarci ad una pedagogia che non consoli, ad una visione del mondo che presupponga un atto di grande obbedienza alla vita e di autentico rispetto per le scelte della vita dei nostri ragazzi. Farli crescere è educarli alla vita, al senso della possibilità, all'assumersi il rischio delle scelte e a non mollare fino a quando il senso che le ha significate regga dentro di loro; significa educarli ad un'interiorità che non dipenda dai consensi, significa saper aspettare che qualcosa cresca e si determini in modo da renderli finalmente uomini liberi. Il compito degli insegnanti non si esaurisce nel poter cogliere i fattori di rischio, il loro è un compito educativo, solo nella ricerca di un'educazione ai valori è, infatti, possibile rintracciare una prevenzione al disagio giovanile. Niente è più importante di una relazione educativa nella vita di un individuo, il mondo è pieno di cattivi maestri, incontrarne di buoni può fare la differenza e non solo per il DCA. I giovani vanno contagiati di vita, questo non significa restituirgli il miglior mondo possibile, ma dotarli di quella forza delle idee e di quel coraggio che non li farà arretrare di fronte ad essa.

MASSIMO CUZZOLARO*

INTERVENTO INTEGRATO DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DEL PESO CORPOREO IN UNA POPOLAZIONE SCOLASTICA ADOLESCENZIALE

Premessa

La tripartizione del campo degli interventi di prevenzione in medicina e in psichiatria è una convenzione classica, utilizzata da circa quarant'anni (Leavell, Clark, 1965) e adottata anche dalla *World Health Organization (WHO)*. Vale, in particolare, per tutte le condizioni che tendono ad avere un andamento di lunga durata, come i Disturbi dell'Alimentazione e l'Obesità. Si distinguono, a questo proposito:

- prevenzione primaria: attività dirette a evitare che una malattia insorga. La loro efficacia è misurata da una diminuzione significativa dell'incidenza (casi nuovi in un anno) di quella malattia;
- prevenzione secondaria: diagnosi e cure precoci dirette a evitare che una malattia si cronicizzi e provochi danni irreversibili. La loro efficacia è misurata da una diminuzione significativa della prevalenza (casi attivi in un determinato momento) di quella malattia;
- prevenzione terziaria: programmi di riabilitazione diretti a ridurre i deficit permanenti provocati da una malattia o, almeno, a contrastarne la progressione e a sviluppare le capacità funzionali residue.

Da qualche anno si parla anche di prevenzione quaternaria, diretta a evitare danni iatrogeni e interventi medici non giustificati sulla base di un accurato bilancio dei costi e dei benefici per il paziente.

L'uso esteso del termine prevenzione è largamente accettato ed è accolto anche in questo lavoro ma è necessario ricordare che presta il fianco a una critica: la prevenzione secondaria e quella terziaria coincidono, di fatto, con il trattamento, terapeutico o riabilitativo delle malattie.

Entriamo ora nel vivo del tema attraverso quattro domande che tracciano lo sfondo teorico della ricerca che, più avanti, racconteremo:

- quali possono essere le popolazioni alle quali indirizzare gli interventi di prevenzione primaria?
- quali sono i principali modelli generali d'azione?

* La ricerca è stata realizzata con la collaborazione di: Immacolata Arnone, Valentina Cardi, Micol Franco, Annarose Gschwändler, Federica Perna, Mery Sutera.

- quali sono gli orientamenti attuali prevalenti nel campo della prevenzione dei DCA?
- qual è il posto dell'obesità?

1. Scelta della popolazione

Politiche generali e programmi individuali di prevenzione primaria possono essere indirizzati a popolazioni diverse. In base a questo elemento, gli interventi di prevenzione si distinguono in:

- universali, rivolti a vaste popolazioni ancora esenti da sintomi;
- selettivi, diretti a gruppi particolari che presentano un rischio significativamente maggiore della media;
- indicati, indirizzati a singoli individui, portatori di marcatori biologici (*markers*) o di sintomi premonitori.

La possibilità di scegliere adeguatamente fra questi tre tipi di intervento e, più in generale, l'efficacia degli interventi stessi, sono proporzionali al livello delle nostre conoscenze intorno ai fattori di rischio e a quelli di protezione.

Chiamiamo fattori di rischio quelle condizioni la cui presenza nella vita di un individuo aumenta la probabilità d'insorgenza di un determinato disturbo. Consideriamo, invece, fattori di protezione quelle condizioni la cui presenza diminuisce la probabilità che quello stesso disturbo insorga. La vulnerabilità di un individuo nei confronti di una malattia è il risultato del bilancio tra fattori di rischio e fattori di protezione: la malattia insorge quando si crea un profondo squilibrio a favore dei primi.

Sia i fattori di rischio che quelli protettivi possono essere poi generali, ossia correlati a un gruppo di malattie (ad es. a vari disturbi mentali) oppure specifici, ossia correlati a una determinata malattia e non ad altre. Il loro effetto può essere cumulativo e può dipendere dalla fase del ciclo vitale e dell'evoluzione personale del soggetto sul quale si trovano ad agire.

L'attribuzione ai diversi fattori di un ruolo causale, di segno positivo o negativo, è il risultato dell'analisi di vari parametri, che valutano: la significatività statistica dell'associazione fra uno o più fattori e la probabilità di comparsa di una certa malattia; la durata dell'esposizione all'azione dei fattori stessi; la coerenza dei risultati di studi diversi; la loro plausibilità rispetto a teorie di riconosciuta validità; l'effetto di azioni terapeutiche o preventive rivolte a contrastarli o a rimuoverli.

Per quanto riguarda i fattori di rischio, si pone inoltre il problema di distinguerli dai sintomi iniziali di una malattia: ad esempio, nel caso dei DCA, le diete a cui molte adolescenti si sottopongono sono considerate un fattore di rischio ma, in alcuni casi, dovrebbero invece essere considerate uno dei primi effetti di un'ansia ingiustificata rispetto al proprio peso corporeo. Quindi, già, come un sintomo prodromico. Per restare brevemente su questo punto, si possono considerare motivi di allarme in un soggetto adolescente che tenta di seguire una dieta ipocalorica:

- un'insoddisfazione tenace che comporta la necessità di scendere sempre più di peso;

- una ruminazione mentale di tipo ossessivo intorno al tema peso-forme-cibo-calorie;
- la tendenza a isolarsi e a ridurre i contatti sociali con l'argomento dei problemi alimentari.

2. Scelta del modello d'intervento

In generale, la prevenzione primaria s'ispira all'uno o all'altro di due grandi modelli.

Il primo è il modello malattia-specifico. In lingua inglese: *Disease-specific-pathway model* (DSP). Si tenta di ridurre l'incidenza di una malattia contrastando fattori causali o di rischio specifici, sia attraverso la loro eliminazione, sia attraverso l'aumento di difese, specifiche, del soggetto. Eliminare determinate sostanze nocive dall'ambiente di lavoro (p.e. l'amianto) o praticare vaccinazioni (p.e. quella antivaaiolosa) rappresentano due esempi di questo tipo di intervento. La conoscenza dell'etiologia di una malattia e la possibilità di combattere efficacemente gli agenti patogeni costituiscono le premesse indispensabili per l'applicazione del modello DSP, malattia-specifico, che prevede interventi diretti contro i fattori etiopatogenetici e rivolti, per lo più, a sottogruppi di popolazione ad alto rischio (interventi selettivi).

Il secondo modello generale di prevenzione primaria è quello dei fattori non specifici di vulnerabilità. In inglese: *Non-specific vulnerability-stressor-model* (NSVS). Si tenta di ridurre l'incidenza di eventi patologici contrastando fattori di rischio aspecifici e, soprattutto, potenziando fattori generali di protezione. Gli interventi definiti di promozione della salute s'ispirano, per lo più, a questo orientamento. Il modello NSVS, dunque, punta soprattutto a potenziare i fattori di protezione attraverso strategie dirette, per lo più, a vasti strati di popolazione (interventi universali).

Tre obiettivi generali sono i seguenti:

- migliorare la comunicazione tra le persone e all'interno delle reti sociali (quartiere, scuola, ambiente di lavoro) creando un clima di sostegno;
- assicurare a tutti, in egual misura, la possibilità di accedere ai servizi di consultazione e di cura;
- diffondere conoscenze di base sulla promozione e la tutela della salute.

Empowerment è un termine molto usato, soprattutto nei programmi per l'età evolutiva (infanzia e adolescenza), tempo ideale per la prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione e di altri disturbi psichici (abuso di sostanze, depressione, suicidio, disturbi di personalità etc.).

Seguendo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, possiamo dire che la parola empowerment indica il potenziamento della capacità di affrontare situazioni difficili. A questo obiettivo concorrono la capacità di modulare emozioni e impulsi, quella di affrontare e gestire situazioni complesse e scelte problematiche, la stima di sé.

Stima di sé. Dimensione psicologica specialmente importante nel campo dei DCA: molte ricerche insistono sui rapporti fra anoressia nervosa, bulimia nervosa (e obesità) e stima di sé bassa o, comunque, fragile, instabile. Cos'è che chiamiamo stima di sé? È un costrutto psicologico sfaccettato, sul quale le varie teorie - psicoanalisi, cognitivismo, teoria dei sistemi - gettano luci importanti da angolazioni diverse. Ci limitiamo qui a ricordare due possibili componenti che vari studiosi hanno provato a distinguere (Johansen et al., 1998; Wade et al., 2003):

- senso di sé come persona che piace e si piace (dimensione *self-liking*): fattore soggettivo, di natura essenzialmente emozionale, legato allo specchio dell'altro; dipende dai processi di *feedback* e di conferma sociale provenienti, in adolescenza, soprattutto, dal gruppo dei pari. Sentirsi in grado di piacere e, quindi, piacersi è così importante per la maggior parte degli adolescenti;
- senso di sé come persona capace (dimensione *self-competence*): fattore più oggettivo, di natura essenzialmente cognitiva, basato sull'interpretazione dei risultati delle proprie prestazioni.

Molti programmi di promozione della salute mentale tendono poi a promuovere nei giovani capacità critiche dirette a contrastare l'effetto nocivo di quei potenti dispositivi mediatici che impongono, a uomini e donne, ideali di peso e di immagine del corpo del tutto irrealistici.

Media-literacy è un'espressione inglese che potremmo tradurre con alfabetizzazione mediatica. È un insieme di esercizi che intendono sviluppare, in preadolescenti e adolescenti, la capacità di analizzare criticamente i messaggi pubblicitari, per esempio quelli che riguardano l'alimentazione e/o l'aspetto fisico ideale. Come parte del programma, i giovani imparano le tecniche e gli espedienti retorici con i quali vengono costruiti articoli, video, spot pubblicitari e ne producono alcuni loro stessi. Allenare le capacità critiche ha riflessi sulla stima di sé: "Sia i contenuti che lo stile dell'insegnamento mirano ad aumentare [nei ragazzi] la stima di sé e il senso delle proprie capacità" (Wade et al., 2003). Per entrambi i modelli generali di prevenzione (DSP e NSVS), sono stati messi in campo, in questi anni, in vari Paesi, sia interventi diretti sugli adolescenti sia interventi indiretti: azioni di tipo politico-legislativo, programmi rivolti a genitori e insegnanti.

3. Orientamenti attuali

I programmi di prevenzione primaria dei Disturbi dell'Alimentazione e del peso corporeo in adolescenza hanno dato finora risultati molto incerti soprattutto come effetti a lungo termine (Piran, 1999; Levine, 2006; Smolak, 2009; Dubé, 2010).

Per molti anni, uno dei metodi di più usati nell'ambito dei DCA è stato un approccio razionale-didattico indicato a volte, sinteticamente, in inglese, con l'acronimo KAP, derivato dalle iniziali delle tre dimensioni che corrispondono ai tre obiettivi principali dell'intervento: *Knowledge* (conoscenza, informazione), *Attitude* (atteggiamento), *Practice* (azioni, comportamenti).

L'applicazione del metodo KAP presume di poter avviare la seguente cascata ideale: maggiori informazioni modificano gli atteggiamenti e questo si traduce, a sua volta, in comportamenti più sani. Gli interventi di tipo KAP hanno una somiglianza notevole con i tradizionali interventi didattici, basati sulla trasmissione unidirezionale delle informazioni dal docente agli allievi. Sono semplici e lineari. Possono essere applicati sia a gruppi di soggetti ad alto rischio (interventi selettivi o indicati) che a vasti campioni di popolazione generale (interventi universali) nel quadro di iniziative di prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione rivolte, per esempio, a studenti in età adolescenziale o preadolescenziale. Possono essere effettuati anche da insegnanti che abbiano ricevuto una preparazione adeguata.

Purtroppo non funzionano. Anzi, secondo un'opinione sempre più diffusa, gli interventi preventivi di tipo KAP, ispirati da un'utopia razionalista, non solo sono poco efficaci ma rischiano

di suggerire, a soggetti predisposti, proprio quelle pratiche che mirerebbero a contrastare (p.e., nel campo dei DCA, il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi e diuretici).

Anche le iniziative politiche (p.e. leggi sulla taglia delle modelle e delle candidate ai concorsi di bellezza o tasse sulle bevande gassate e zuccherate) volte a combattere l'idolatria mediatica della magrezza o gli introiti calorici sovrabbondanti rientrano, in fondo, nel modello generale della prevenzione malattia-specifica (DSP). Ma l'efficacia di misure di questo genere non è affatto dimostrata e, a pensarci bene, è probabile che sia ancora troppo poco rispetto al gigantesco bombardamento mediatico, esplicito e subliminale, che investe quotidianamente il popolo dei consumatori in materia di alimentazione e d'immagine ideale del corpo. La Tabella 1 riassume i fattori di rischio, specifici e aspecifici, e di protezione sui quali le ricerche maggiormente concordano (Cuzzolaro, 2004; Vetrone et al., 2009).

Tabella 1. Vulnerabilità per i DCA: fattori di rischio e di protezione

FATTORI DI RISCHIO SPECIFICI	FATTORI DI RISCHIO NON-SPECIFICI	FATTORI DI PROTEZIONE
Stili alimentari abnormi	Cattiva salute	Stile di vita sano
Internalizzazione degli ideali di magrezza proposti dai mass media	Scarsa capacità di pensiero critico	Buona capacità di pensiero critico
Preoccupazioni eccessive per il peso e le forme del corpo	Scarse capacità di affrontare le situazioni difficili (coping) e di modulare e gestire le emozioni e gli impulsi	Buone capacità di affrontare le situazioni difficili e di modulare e gestire le emozioni
Sovrappeso in età evolutiva ed esperienze dolorose di derisione legate al peso e all'aspetto fisico	Stima di sé scarsa e fragile a fronte di un aumento delle prestazioni richieste	Buona stima complessiva di sé (senso di piacere agli altri e di esser capaci di far bene le cose)
Famiglia invischiata e incapace di elaborare i conflitti	Mancanza di sostegno sociale	Valida rete di sostegno familiare e sociale

Lo stato attuale delle conoscenze in materia di etiologia dei DCA non consente di individuare fattori di rischio sufficientemente specifici ai quali applicare interventi di prevenzione ispirati al modello malattia-specifico (DSP). I primi quattro fattori elencati nella prima colonna, per esempio, sono estremamente diffusi nella popolazione giovanile e resta valida l'osservazione di una psicopatologa dello sviluppo, Karen Rosen (1996), che alcuni anni fa sottolineava la nostra incapacità di rispondere alle domande seguenti: "Quali caratteristiche individuali (p.e. difficoltà di autoregolazione emotiva) devono interagire con quali fattori di rischio biologici (p.e. pubertà precoce), variabili familiari (p.e. precoci e ripetuti episodi di abuso sessuale) e fattori socioculturali (p.e. sollecitazioni al successo) per portare allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione chiaramente definito (distinto cioè da un'ossessione per le diete o da un'ali-

mentazione compulsiva che possono essere manifestazioni passeggere)? E come varia l'importanza di queste molteplici influenze in funzione di stadi evolutivi diversi?"

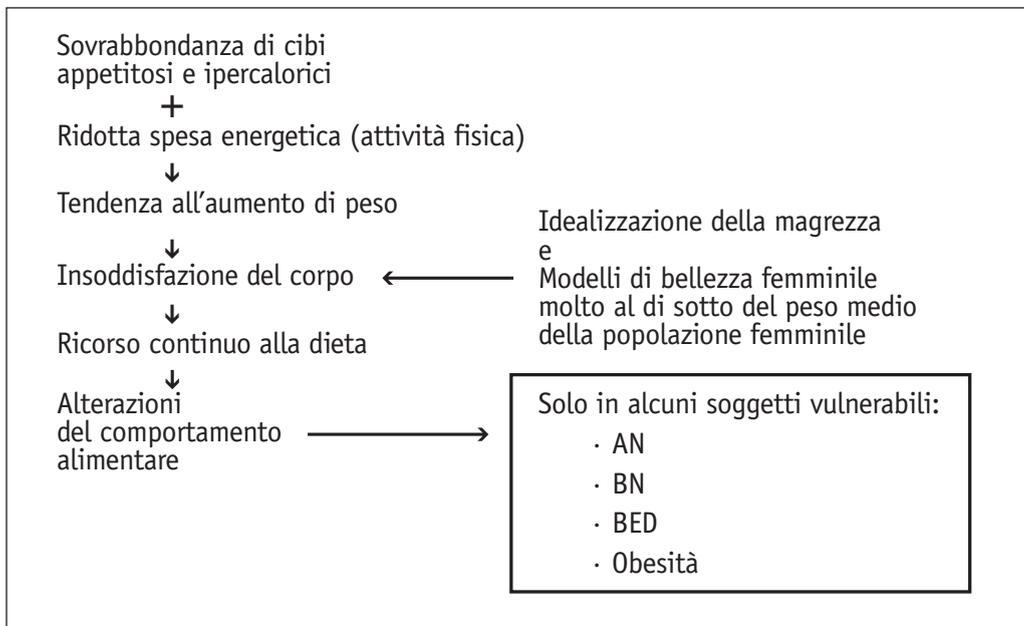
La risposta diventerebbe ancora più ardua se si provasse a tener conto anche dei fattori di protezione, l'altro polo dal quale dipende la vulnerabilità. Per queste ragioni, gli interventi di prevenzione primaria dei DCA si sono sempre più orientati, negli ultimi anni, verso il modello promozione della salute (NSVS). Per quanto riguarda, poi, le popolazioni alle quali rivolgere gli interventi - i più mirati e quindi i più economici - non conosciamo markers biologici che siano predittori del futuro sviluppo di disturbi maggiori dell'alimentazione (anoressia e bulimia), tanto da consentire interventi indicati. Ed è un compito davvero difficile e carico d'incertezze tentare di individuare soggetti portatori di lievi sintomi premonitori e distinguere i veri futuri casi dalle inevitabili - e indispensabili - vicissitudini di molte adolescenze. Danzatrici professioniste, modelle, atlete e giovani con diabete di tipo 1 rappresentano categorie professionali o gruppi di malati per i quali si ritiene che il rischio di sviluppare un DCA sia più elevato della media. Sono soprattutto questi i piccoli gruppi ad alto rischio ai quali è possibile dedicare interventi selettivi. Ma resta sempre da tenere presente il pericolo di una medicalizzazione eccessiva, con effetti negativi iatrogeni, di crisi adolescenziali di passaggio funzionali alla maturazione soggettiva.

Nella maggior parte dei casi i programmi di prevenzione primaria sono di tipo universale e si rivolgono a larghi strati di popolazione generale con pochi criteri di selezione (p.e. l'età giovanile e il genere femminile). Spesso, includono anche la popolazione maschile essendo diretti a potenziare caratteristiche utili a ridurre la vulnerabilità alla psicopatologia senza distinzioni di genere. Da ricordare, peraltro, che i maschi rappresentano almeno il 10% dei casi di DCA e oltre la metà di quelli di sovrappeso/obesità in età evolutiva. È giusto chiedersi se sia preferibile lavorare con gruppi misti, per esempio gruppi-classe, in cui soggetti a basso e ad alto rischio sono mescolati casualmente o con gruppi separati proprio in funzione del rischio e della motivazione. È necessario, tuttavia, non creare selezioni stigmatizzanti. La domanda porta a ricercare combinazioni efficaci e non nocive di interventi di tipo universale e di tipo selettivo da applicare, per esempio, alla medesima popolazione scolastica (Abascal, 2004).

4. Disturbi dell'Alimentazione e Obesità

Le nazioni sviluppate si trovano a fronteggiare, insieme, il grande aumento dei casi di anoressia e di bulimia e l'esplosione epidemica dell'obesità e delle patologie conseguenti. Per un paradosso solo apparente, l'incremento maggiore dei tassi di prevalenza del sovrappeso e dell'obesità s'iscrive nei contesti socio-culturali dove impera l'idolatria della magrezza, soprattutto femminile. Obesità e Disturbi dell'Alimentazione condividono diversi fattori di rischio. La combinazione dei fattori socio-culturali con il cluster di quelli biopsicologici propri di ciascun individuo ha come esito, di volta in volta, un disturbo dell'alimentazione, l'obesità o un'associazione delle due patologie. La Figura 1 riassume molto schematicamente alcuni segmenti del processo.

Figura 1. Fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione e della regolazione del peso corporeo
(AN: anoressia nervosa; BN: bulimia nervosa; BED: *binge eating disorder*)



Una condizione di sovrappeso/obesità in età evolutiva è considerata tra i fattori importanti di rischio per lo sviluppo di condotte alimentari disturbate (*disordered eating*). Adolescenti sovrappeso o obesi ricorrono frequentemente a diete autoprescritte e a interventi di tipo commerciale (*diet industry*) che rappresentano la premessa di fluttuazioni del peso e aggravamenti progressivi dell'eccesso di massa grassa (*weight cycling*) e una concausa rilevante di comportamenti alimentari patologici (anoressia nervosa, bulimia nervosa, *binge eating disorder* e sindromi parziali). Solo da pochi anni si è riconosciuto il fatto che nelle campagne di educazione sanitaria gli esperti di obesità tendono a dare indicazioni più o meno contrarie a quelle proposte dagli esperti di Disturbi dell'Alimentazione: messaggi e interventi diretti a contrastare una patologia rischiano di favorire l'altra (Irving, 2002). L'esempio più eclatante è costituito dalle diete, dal controllo del peso corporeo e dal calcolo delle calorie ingerite e consumate, operazioni considerate dagli uni uno strumento necessario per la diminuzione e il mantenimento del peso e dagli altri un fattore di rischio per anoressie e bulimie. Un analogo conflitto si ritrova per quanto riguarda l'insoddisfazione per l'immagine del corpo. Non pochi obesologi la considerano una motivazione utile al calo ponderale ma, pensando ai disturbi dell'alimentazione, un'immagine negativa del corpo rappresenta non solo un fattore di rischio ma addirittura uno dei sintomi cardinali di quelle patologie.

Di conseguenza, molti ricercatori sono attualmente impegnati nella progettazione di interventi integrati mirati alla prevenzione primaria, insieme, dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità. Tali interventi, vantaggiosi anche dal punto di vista economico, richiedono un

complesso riesame delle nostre conoscenze sui fattori bio-psico-sociali che intervengono nella regolazione delle condotte alimentari e del peso (Neumark-Sztainer, 2009a; 2009b).

5. Progetto di ricerca-azione

Il progetto è stato indirizzato a un campione di adolescenti (studenti di scuole medie superiori) e si è ispirato nelle sue linee generali al modello teorico della ricerca-azione (*action-research* di Kurt Lewin, 1964).

Una definizione sintetica del paradigma della ricerca-azione, proposto per la prima volta da Kurt Lewin nel 1946, è: pianificazione dell'azione e verifica dei suoi possibili effetti. Una riflessione più accurata, però, riconosce alla ricerca-azione soprattutto il carattere di strumento di relazione e di coinvolgimento, fondato sulla gestione di concerto del progetto tra ricercatori e partecipanti.

Lo studio è stato diretto a realizzare:

- uno screening generale su un vasto campione di adolescenti che rappresentasse, in sé, una ricognizione di tipo epidemiologico e consentisse, nello stesso tempo, di individuare alcuni gruppi-classe con maggior concentrazione di soggetti con indicatori di rischio più elevati
- un intervento breve (quattro incontri di due ore ciascuno), in piccoli gruppi-classe, sul modello promozione della salute: l'intervento è stato applicato a gruppi-classe con maggior concentrazione di soggetti con indicatori di rischio più elevati
- una valutazione dei possibili effetti dell'intervento attraverso il confronto con un gruppo di controllo omogeneo rispetto a quello sperimentale per sesso, età, scolarità e indice di massa corporea.

L'intervento è stato effettuato in orario scolastico per ottenere il massimo delle presenze. È stato progettato per essere intenso e breve, così da disturbare meno possibile lo svolgimento delle lezioni e limitare i costi. È costruito in modo da coinvolgere attivamente tutti i partecipanti. Ha un carattere semistrutturato, standardizzato nelle procedure, nel materiale-stimolo e negli strumenti di valutazione ed è, quindi, riproducibile. Un processo di ricerca è tradizionalmente composto da tre fasi: progettazione, sperimentazione ed elaborazione. Nella forma classica, lo sperimentatore è l'agente unico responsabile di tutte le fasi. Nella ricerca-azione, invece, in particolare durante la fase di sperimentazione, i soggetti in studio partecipano attivamente e si gettano le basi di un possibile apprendimento dall'esperienza.

6. Metodo

Le tappe fondamentali sono state le seguenti:

- abbiamo avviato nell'estate 2008 la formazione del gruppo di ricerca-azione, la scelta del comune e delle scuole dove attuare il progetto e, infine, la preparazione del materiale necessario.
- abbiamo scelto per lo studio Formia, una piccola cittadina del Lazio, per avere un campione di popolazione meno consueto negli studi epidemiologici e di prevenzione (realizzati più spesso in grandi centri urbani). Inoltre, in un comune di queste dimensioni, il campione può essere facilmente rappresentativo della popolazione di quell'età in quel territorio. Formia è una città di

mare (19 m. sopra il livello del mare). Appartiene alla provincia di Latina dalla quale dista 81 chilometri. Al censimento del 2001 contava 34.931 abitanti, formiani, distribuiti in 11.926 nuclei familiari con una media per nucleo familiare di 2,93 componenti. Ha una superficie di 73,5 chilometri quadrati per una densità abitativa di 475,25 abitanti per chilometro quadrato, elevata rispetto alla media del Lazio (297 ab/km²) e a quella nazionale (189 ab/km²).

- abbiamo individuato sette scuole di Formia (LT) scegliendole di varie tipologie per rendere il campione sufficientemente indipendente dalla classe sociale delle famiglie d'origine dei ragazzi e delle ragazze:
 - Filangeri *Ragioneria*
 - Alberti *Scientifico*
 - Tallini *Geometri*
 - Vitruvio *Classico*
 - Celletti *Alberghiero*
 - Cicerone *Pedagogico Linguistico Sociologico*
 - Majorana *Scientifico Linguistico Tecnologico*
- abbiamo preparato la lettera diretta a richiedere alle autorità scolastiche competenti le autorizzazioni necessarie
- abbiamo preparato i questionari: questionario per la raccolta di dati generali sociodemografici e antropometrici; *EAT, Eating Attitudes Test-26*, versione italiana validata; *BUT, Body Uneasiness Test* versione italiana validata; test finale di gradimento dell'intervento
- abbiamo preparato i lucidi da proiezione per gli interventi con i gruppi-classe
- abbiamo fatto una previsione delle elaborazioni statistiche necessarie
- abbiamo preparato la griglia del database destinato all'archiviazione dei dati-sorgente per le analisi statistiche

Ottenute le autorizzazioni, abbiamo somministrato e ritirato i questionari (1^a somministrazione: ottobre 2008). Abbiamo immesso nel database tutti i dati relativi alla prima somministrazione e calcolato i punteggi relativi ai vari test utilizzati (*scoring*): il campione totale è risultato di 1681 studenti (730 maschi e 951 femmine).

La seconda parte della ricerca è consistita nel proporre a un sottogruppo di studenti dei due sessi una breve serie di interventi di prevenzione/promozione della salute.

- abbiamo selezionato quattro gruppi-classe nel liceo scientifico-linguistico-tecnologico Majorana (IVB e IVG) e nel liceo classico Vitruvio (IIB e IIC). Sono state scelte due scuole che hanno dato la loro disponibilità e, in queste scuole, i quattro gruppi-classe con il maggior numero di *EAT-high-scorers* (≥ 20).
- l'équipe per la ricerca-azione comprendeva psicologi e nutrizionisti, tutti di genere femminile, con un'esperienza clinica e di ricerca nel campo dei disturbi dell'alimentazione e del peso di almeno tre anni, ottime conoscenze in materia e buone doti personali di comunicazione. Quattro ricercatori sono stati preparati con un training specifico, diretto a rendere gli incontri con gli studenti sufficientemente standardizzati nelle loro linee generali. Sono state effettuate varie prove simulate (*role playing*) degli incontri per rendere il più possibile

omogeneo lo stile degli interventi

- nel corso della fase finale della formazione, l'équipe e il coordinatore hanno ideato la regia e i contenuti degli incontri da proporre a ogni gruppo-classe del campione sperimentale
- sulla base della letteratura e di esperienze precedenti si è deciso di articolare l'intervento con ogni gruppo-classe in quattro incontri, di due ore ciascuno, effettuati a due settimane di distanza uno dall'altro. Due ricercatori hanno incontrato, quindi, per quattro volte ogni gruppo-classe e la coppia di ricercatori è rimasta sempre la stessa per lo stesso gruppo-classe.
- i temi da trattare sono stati scelti in base a quelle dimensioni che nella letteratura sembrano essere maggiormente legate ai comportamenti alimentari e ai disturbi da alimentazione non-omeostatica (anoressie, bulimie, sovrappeso-obesità):
 - i. alimentazione e attività fisica
 - ii. aspetti psico-sociali dell'alimentazione
 - iii. immagine del corpo, stima di sé e mezzi di comunicazione di massa (alfabetizzazione mediatica)
 - iv. corteggiamento e sessualità
- ogni incontro, condotto da due operatori, è stato suddiviso in:
 - 30 minuti di *brain storming* a partire da una frase-stimolo proiettata attraverso un lucido
 - 30 minuti di presentazione da parte degli operatori di una serie di lucidi con informazioni e sollecitazioni a pensare
 - 60 minuti di discussione nel corso dei quali sono stati ripresi gli spunti emersi dalle libere associazioni iniziali
- il materiale utilizzato è consistito in una serie di lucidi standardizzati. I temi sono stati presentati attraverso frasi-stimolo, parole-chiave, immagini pubblicitarie, frammenti di poesie e canzoni. Abbiamo cercato linguaggi e contenuti accessibili e interessanti senza tentare, però, di scimmiettare i modi dell'adolescenza.

Alla fine dei quattro incontri, sono stati somministrati nuovamente i questionari previsti dal protocollo (questionario informativo generale, EAT-26, BUT e questionario di gradimento).

- negli *screening*, i dati psicometrici, antropometrici e relativi alle abitudini sono stati raccolti, in ogni gruppo-classe, durante un incontro di 60 minuti
- gli operatori hanno dato brevi spiegazioni e indicazioni e poi hanno distribuito i questionari. Hanno accennato all'interesse di una ricerca sulle abitudini alimentari e sugli atteggiamenti dei giovani senza insistere sulla patologia dei comportamenti alimentari e del peso corporeo, per evitare, per quanto possibile, l'attivazione di meccanismi di difesa
- hanno insistito invece sul carattere anonimo dei questionari e sul rispetto della *privacy*. Hanno chiesto il consenso al trattamento statistico dei dati. Hanno sottolineato come sia preferibile lasciare il questionario in bianco piuttosto che rispondere il falso o a caso. Hanno raccomandato ai ragazzi di riempire i questionari ciascuno per proprio conto
- gli operatori sono rimasti in aula durante la compilazione dei questionari, per eventuali chiarimenti.
- infine, nel ritirare i questionari, si sono accertati che tutti i ragazzi avessero indicato i dati importanti ai fini del re-test (scuola, classe, genere, iniziali, data di nascita).

Un gruppo di controllo - costituito da studenti appartenenti alle stesse scuole del campione sperimentale ma non sottoposti agli incontri di prevenzione/promozione della salute - è stato riesaminato con gli stessi questionari (escluso, ovviamente, quello di gradimento) alla stessa distanza di tempo e ne è stato estratto un campione di 82 soggetti appaiati uno a uno al campione sperimentale per sesso, età e indice di massa corporea.

Abbiamo immesso nel database tutti i dati relativi alla seconda somministrazione e abbiamo calcolato i punteggi relativi ai vari test utilizzati (*scoring*). il campione totale è risultato di:

- gruppo sperimentale - che ha partecipato ai quattro incontri - 82 studenti (44 maschi e 38 femmine)
- gruppo di controllo: 82 studenti (44 maschi e 38 femmine)

7. Strumenti

7.1. Questionari

Il materiale utilizzato è consistito in questionari e lucidi-stimolo appositamente preparati:

QUESTIONARIO INFORMATIVO GENERALE

Il questionario - oltre alle variabili che servono a siglare l'individuo per l'abbinamento test-retest (scuola, classe, genere, iniziali del nome, data di nascita) - rileva il peso e l'altezza (dati riferiti), se il soggetto fa sport e quanto (n° complessivo ore a settimana), attività fisica generica (passeggiate, bicicletta etc.) e quanto (n° complessivo ore a settimana), se fuma e quanto (numero di sigarette al giorno), se fa uso/abuso di alcolici (in che quantità e quanto frequentemente) o di altre sostanze.

EAT-26 (*Eating Attitudes Test*)

È uno strumento che misura i comportamenti alimentari patologici e l'atteggiamento psicologico verso il cibo e il peso, caratteristici dei disturbi dell'alimentazione e, in particolare, dell'anoressia nervosa (Garner, 1979; Cuzzolaro et al., 1987; Garfinkel, 2001). Dall' EAT si ricava un punteggio totale e tre punteggi di sottoscale (*dieting, bulimia, oral control*).

BUT (*Body Uneasiness Test*)

È una scala di autovalutazione del disagio del corpo (Cuzzolaro, 2000, 2006; Marano, 2007) che fornisce un indice complessivo di gravità (BUT•A GSI, *global severity index*) e una serie di punteggi di sottoscale che esplorano diverse aree: insoddisfazione per il peso e paura d'ingrassare (scala BUT•A WP, *weight phobia*), preoccupazioni eccessive legate all'immagine del corpo (scala BUT•A BIC, *body image concerns*), comportamenti di evitamento (scala BUT•A A, *avoidance*) e di controllo compulsivo (BUT•A CSM, *compulsive self monitoring*), vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo (scala BUT•A D, *depersonalization*); nella seconda parte del test (BUT•B) le preoccupazioni specifiche per determinate parti, ca-

ratteristiche o funzioni corporee sono riassunte da due punteggi: BUT•B PST, *positive symptom total* e BUT•B PSDI, *positive symptom distress index*).

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Alla fine dei quattro interventi, è stato presentato al sottogruppo sperimentale anche un breve questionario di soddisfazione, appositamente costruito, teso a valutare l'interesse per gli argomenti trattati e la loro utilità, l'impressione d'aver acquisito conoscenze o competenze, la percezione di cambiamenti nei comportamenti, un giudizio sulla modalità di presentazione dei temi da parte degli operatori, la disponibilità a rivolgersi a loro in caso di bisogno.

7.2. Lucidi-stimolo

Il materiale utilizzato negli interventi con finalità prevenzione/promozione della salute è stato composto da quattro set di lucidi.

Nel primo incontro è stato trattato il tema generale alimentazione e attività fisica (introdotto attraverso la frase stimolo *"mangio quanto e come mi pare..."*). Sono stati discussi i punti seguenti:

- numero dei pasti
- scelte alimentari
- le diete che fanno ingrassare
- alimentazione e ormoni sessuali (ciclo mestruale etc.)
- benefici dell'attività fisica, informale e strutturata

Il secondo incontro è stato dedicato al tema alimentazione: aspetti psico-sociali, (introdotto attraverso la frase stimolo *"il cibo è..."*). Sono stati discussi i punti seguenti:

- nutrimento
- piacere
- consolazione
- controllo di stati emotivi (regolazione delle emozioni)
- mediatore di relazioni familiari
- mediatore di relazioni sociali
- memoria (associazione del cibo ai ricordi)
- tossicità (immaginaria o reale)
- cosmesi (immaginaria o reale)
- mercato, business e pubblicità (tendenza all'aumento delle porzioni, da una parte, e al dimagrimento, dall'altra).

Il terzo incontro ha riguardato il tema immagine del corpo, stima di sé e mass media (introdotto attraverso la frase stimolo *"valgo se..."*). Sono stati discussi i punti seguenti:

- identità corporea, in relazione alla trasformazione del corpo durante il ciclo vitale
- incertezze connesse a tale trasformazione, legate all'immagine e alla stima di sé
- ideali correnti di bellezza e loro cambiamenti nel tempo

- fenomeno dell'appiattimento dell'immagine e sull'immagine. Per appiattimento dell'immagine s'intende l'omologazione stereotipata dell'aspetto fisico; per appiattimento sull'immagine s'intende, invece, un'eccessiva importanza attribuita all'aspetto esteriore
- *diet industry, fitness industry* e mania della chirurgia estetica
- cura del corpo attraverso l'attività fisica e lo sport
- particolare attenzione è stata rivolta all'esame critico del ruolo dei media nel proporre/imporre immagini corporee stereotipate (*media literacy*).

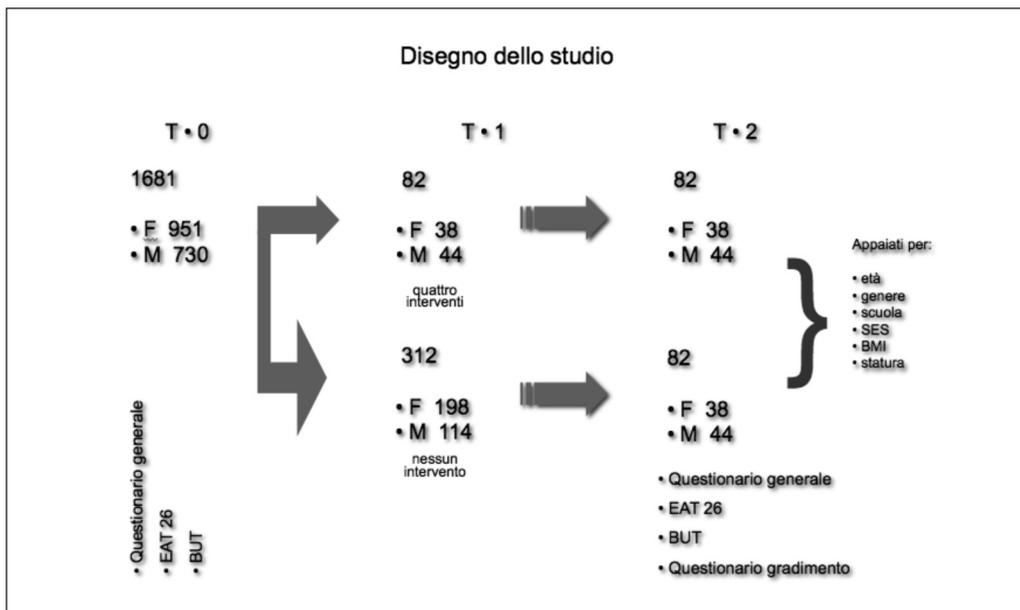
Il quarto incontro ha toccato il tema generale corteggiamento e sessualità (introdotto attraverso la frase stimolo "mi piaci ... ti piaccio?"). Sono stati discussi i punti seguenti:

- corteggiamento, emotività e vissuti collegati (imbarazzo, timidezza, eccessiva sicurezza, arroganza etc.)
- evoluzione storica dei comportamenti di corteggiamento
- rituali codificati come difesa dalle difficoltà del corteggiamento
- uso dei mezzi indiretti per comunicare (sms, chat...) come difesa dal confronto diretto
- decorazioni e manipolazioni del corpo (make-up, tatuaggi, piercing, ecc) come mezzo di seduzione, ma anche segnale condiviso di posizione sociale
- cura estetica del corpo, sport e alimentazione.

8. Disegno complessivo dello studio

Il disegno della ricerca è riassunto graficamente nella Figura 2.

Figura 2. Disegno dello studio



I dati-sorgente raccolti nella prima e nella seconda somministrazione dei questionari sono stati archiviati in un database appositamente costruito (FileMakerPro10). Le analisi statistiche (*1-way-ANOVA*, *Tukey's HSD post hoc test*, *chisquare tests*, *bivariate analysis*) sono state effettuate con l'ausilio del software JMP 6.0.3 SAS Institute, 2006, per MacIntosh.

9. Risultati e discussione

9.1. Screening iniziale (T0)

Il campione iniziale, esaminato al primo screening, era costituito da 1681 studenti (F 951 e M 730). I questionari completi e attendibili raccolti al primo screening sono stati: 1588 (F 880 e M 708), pari al 94,5%. Un ottimo tasso. La Tabella 1 riassume età, peso riferito (valori attuali e storici) e statura riferita.

Tabella 1. Età, peso corporeo e BMI (valori riferiti)

	Maschi (730)		Femmine (951)	
	Media	DS	M	DS
Età	17,5	1,15	17,4	0,93
Peso riferito	73,64	12,54	58,14	9,1
Altezza riferita	1,79	0,07	1,65	0,06
BMI riferito	23,02	3,48	21,3	3,02
Peso massimo nella vita	77,24	15,6	61,49	10,41
Peso minimo dopo i 14 anni	66,05	11,17	53,3	7,93

Sono state calcolate, sulla base dei dati raccolti, le percentuali di soggetti possibilmente malnutriti (BMI < 17,5), sovrappeso e obesi. Per sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori di ISO-BMI internazionali, cutoff sesso ed età specifici (Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*. 2000;320(7244):1240-3) riportati nella Tabella 2.

Tabella 2. ISO BMI: punti di *cut-off* internazionali sesso ed età specifici

(*International Obesity Task Force*) per il sovrappeso e l'obesità da 2 a 18 anni (Cole et al., 2000)

Età	cut-off per il sovrappeso		cut-off per l'obesità	
	M	F	M	F
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84

Adottando questi valori-soglia per sovrappeso e obesità e 17,5 come *cut-off* per la malnutrizione, nel campione in esame un ragazzo su quattro e una ragazza su nove risultano in eccesso ponderale. Uno stato probabile di malnutrizione per difetto riguarda invece un ragazzo su cinquanta e una ragazza su diciotto.

Tabella 3. Distribuzione per classi in base ai valori di BMI riferiti

	M	F
malnutrizione (BMI < 17,5)	2,1 %	5,4 %
normopeso o lieve sottopeso	73,2 %	83,0 %
sovrappeso (cut off ISOBMI)	20,4 %	10,4 %
obesità (cut off ISOBMI)	4,3 %	1,2 %

Il rischio di un eccesso ponderale è, dunque, doppio nei maschi (circa il 25% vs. il 12%); quello di una malnutrizione per difetto, al contrario, nelle ragazze (circa il 5% vs. il 2%). La Tabella 4 raccoglie il giudizio espresso dai giovani in esame sul proprio peso corporeo.

Tabella 4. Giudizio sul proprio peso corporeo

attualmente mi considero	F	M	P
troppo magra/o	2,6 %	6,2 %	< .0001
normale	75,6 %	85,8 %	
troppo grassa/o	22,8 %	8,0 %	< .0001

In adolescenza le ragazze tendono a giudicarsi “troppo grasse” molto più spesso dei maschi: più di una su cinque. Ai maschi accade l'inverso: si giudicano “troppo magri” molto più spesso delle ragazze: più di uno su venti. Queste differenze fra i generi sono statisticamente significative.

La Tabella 5 confronta i valori di BMI delle tre classi di giudizio sul proprio peso corporeo.

Tabella 5. Giudizio sul proprio peso corporeo e BMI attuale

attualmente mi considero	BMI F	BMI M
troppo magra/o	20,2 ± 4,5	19,5 ± 3,4
normale	20,5 ± 2,4	22,7 ± 2,8
troppo grassa/o	23,8 ± 3,2	28,2 ± 3,9

Se confrontiamo le Tabelle 3, 4 e 5 possiamo trarne le indicazioni seguenti, in buona parte note e, qui, ulteriormente confermate da dati quantitativi:

- nei maschi adolescenti il rischio di un eccesso ponderale oggettivo è circa il doppio rispetto alle coetanee di sesso femminile (25% vs. 12%)
- i maschi che si giudicano troppo magri sono tre volte quelli che dichiarano un indice di massa corporea da malnutrizione (6% vs. 2%); cioè molti di loro si considerano sottopeso senza esserlo e desidererebbero una corpulenza maggiore. È un tipo d'insoddisfazione del corpo che rimanda, per analogia, a quello che sottende la Vigoressia o Anoressia Nervosa al contrario (*Reverse Anorexia Nervosa o Muscle Dysmorphia*) che - a differenza dell'anoressia nervosa classica - colpisce soprattutto giovani uomini.
- al contrario, le ragazze che si giudicano troppo magre sono la metà di quelle malnutrite (2,6% vs. 5,4%); cioè un buon numero di adolescenti non riconosce di essere sottopeso e rischia di inseguire magrezze eccessive;
- il valore di BMI medio delle ragazze che si giudicano troppo grasse cade nell'area del normopeso, un punto sotto il cutoff del sovrappeso; quindi, molte ragazze considerano eccessivo sul piano estetico un peso che sotto il profilo fisiologico è da ritenere perfettamente normale;
- il valore di BMI medio dei ragazzi che si giudicano troppo grassi cade invece nella fascia alta dell'area del sovrappeso; quindi, i ragazzi giudicano in genere l'eccesso ponderale in modo più corrispondente al dato biologico.

La Tabella 6 riassume i dati relativi alle diete ipocaloriche seguite nel corso della vita.

A 17 anni molte ragazze, quasi una su due, e non pochi ragazzi, circa uno su cinque, hanno seguito almeno una dieta restrittiva per almeno un mese. Soprattutto per le ragazze la dieta è più spesso autoprescritta che non guidata da un medico.

Tabella 6. Diete

	F	M
Hanno fatto almeno una dieta auto-prescritta	37 %	20 %
Età della prima dieta auto-prescritta	15,3 ± 1,8	15,3 ± 2,4
Hanno fatto almeno una dieta medica	28 %	16 %
Età della prima dieta medica	14,7 ± 2,1	14,1 ± 2,8
N° diete seguite per almeno un mese		
nessuna	57 %	78 %
da 1 a 5	39 %	20 %
> 5	4 %	2 %

Due rilievi:

- le ragazze intraprendono diete, sia auto-prescritte che mediche - molto più spesso dei maschi benché il problema sovrappeso/obesità sia più diffuso fra questi ultimi. Il dato si mantiene, del resto, anche in età adulta, a dispetto del fatto che l'obesità maschile è altrettanto frequente di quella femminile e, in termini di mortalità/morbilità, più pericolosa. Gli uomini sono meno disposti, in genere, agli interventi di prevenzione e di terapia e curano molto meno delle donne l'obesità, compresa la grande obesità (BMI > 40): in tutto il mondo, per esempio, i centri di chirurgia bariatrica hanno un'utenza prevalentemente femminile (80% circa). Perché? Anche perché la corpulenza maschile è socialmente più accettata e, per affrontare un trattamento, il disagio estetico è un motore molto più potente della cura della salute.
- per i giovani che intraprendono diete, l'età media della prima, medica o auto-prescritta, cade nel corso del quattordicesimo anno d'età, quindi subito dopo lo sviluppo puberale. I cambiamenti somatici della pubertà, l'aumento di peso, i cambiamenti di forme e di sguardi su di sé, il confronto con i pari, la turbolenza pulsionale di quell'età, il primo avvio di una sessualità adulta, concorrono al bisogno di cercare un governo del corpo, delle sue forme e dei suoi moti, nella forma più arcaica e, ormai, più banale che si offre alla mente: la dieta ipocalorica, spesso non giustificata.

A proposito di pubertà, la Tabella 7 presenta tre dati: età del menarca, periodi di amenorrea secondaria durati almeno tre mesi consecutivi e uso di estrogeni.

Tabella 7. Ciclo mestruale

età del menarca	12,3 ± 5,3
riferiscono episodi di amenorrea secondaria durati almeno tre mesi consecutivi	18 %
uso attuale di estroprogestinici	7 %

Una ragazza su cinque dichiara di aver avuto amenorree lunghe almeno un trimestre. Il dato si spiega certo con le frequenti irregolarità mestruali dell'adolescenza, ma in parte è probabilmente legato anche al diffuso ricorso a diete restrittive.

La Tabella 8 riporta i dati relativi al fumo di sigarette e al consumo di alcolici, e sostanze illecite

Tabella 8. Consumo di sigarette, bevande alcoliche e sostanze illecite

	F	M
SIGARETTE		
non fumano	68 %	65 %
fumano	32 %	35 %
fumano più di dieci sigarette al giorno (% calcolata sul numero dei fumatori)	43 %	54 %
BEVANDE ALCOLICHE	F	M
mai	32 %	16 %
sporadicamente	48 %	42 %
una o due volte a settimana	19 %	36 %
tutti i giorni	1 %	6 %
SOSTANZE ILLECITE		
mai	80 %	68 %
qualche volta	16 %	22 %
spesso	3 %	7 %
non posso farne a meno	1 %	3 %

Le fumatrici di sigarette fra le ragazze rappresentano una percentuale più o meno pari a quella riportata dai maschi della stessa età: a 17 anni, nel campione esaminato, dichiara di fumare un adolescente su tre per entrambi i sessi. I maschi fumano, in media, un numero maggiore di sigarette al giorno (t Test p 0,0019) e quelli che fumano più di dieci sigarette al giorno sono significativamente di più (chi square: p < ,001). I ragazzi ammettono di bere alcolici e di usare sostanze illecite molto più delle loro coetanee (chi square: p < ,0001).

Come risulta dalla Tabella 9, i maschi dichiarano di praticare almeno uno sport molto più spesso delle ragazze della stessa età.

Tabella 9 Attività sportive

	F	M	P
praticano almeno uno sport strutturato	48 %	70 %	< ,0001

Quanto al numero di ore settimanali di attività sportive e a quelle di attività fisica informale (p.e. passeggiate a piedi o in bicicletta), la Tabella 10 raccoglie le risposte alle domande.

Tabella 10

Ore settimanali di attività fisica	F	M
attività informali	3,3 ± 3,4	4,0 ± 4,7
sport strutturato	3,2 ± 3,6	5,4 ± 4,0

Se confrontiamo quelli che praticano almeno uno sport con quelli che non ne praticano nessuno, può sorprendere il fatto che, per entrambi i sessi, i valori medi di BMI siano molto simili per gli sportivi (F: 21,24 ± 2,9; M: 23,0 ± 3,3) e per i non sportivi (F: 21,23,1; M: 23,01 ± 3,9). Il 71% dei maschi normopeso dichiara di praticare almeno uno sport rispetto al 62% dei maschi obesi. Tra le ragazze, le percentuali di sportive sono 49% fra le normopeso e 53% fra le obese. Neanche il numero di ore settimanali di attività sportiva e fisica informale appaiono significativamente diverse, confrontando soggetti normopeso e soggetti obesi: il risultato si ripete in entrambi i sessi. Se le risposte al questionario sono sufficientemente veritiere, dobbiamo pensare che, nel campione esaminato, l'alimentazione è il fattore obesiogeno principale.

Passando alla psicomетria, la Tabella 11 mostra i punteggi ai test BUT ed EAT.

Tabella 11

	Femmine M	DS	Maschi M	DS	F Ratio	Prob > F
BUT•A GSI	1,22	0,91	0,62	0,67	219,82	< ,0001
BUT•A WP	1,82	1,25	0,9	0,92	275,1	< ,0001
BUT•A BIC	1,49	1,19	0,71	0,86	215,98	< ,0001
BUT•A A	0,44	0,68	0,24	0,58	37,97	< ,0001
BUT•A CSM	1,29	0,95	0,78	0,79	136,63	< ,0001
BUT•A D	0,73	0,87	0,34	0,61	105,46	< ,0001
BUT•B PST	12,96	7,93	8,46	8,72	122,21	< ,0001
BUT•B PSDI	2,28	0,84	1,91	0,89	71,38	< ,0001
EAT26•tot	9,17	10,05	5,38	6,91	75,64	< ,0001

Le ragazze hanno riportato, come sempre, in entrambi i test, punteggi significativamente più elevati rispetto ai coetanei.

In quanti casi i punteggi ai test sono possibilmente sintomatici?

Indichiamo come EAT *high-scorers* i soggetti che hanno ottenuto all'EAT-26 punteggi superiori a 20, *cutoff* abitualmente accettato per entrambi i sessi. I giovani EAT *high-scorers* sono quelli che più probabilmente soffrono di disturbi del comportamento alimentare. Per il BUT, come per tutti i test relativi all'immagine del corpo, sappiamo che i punteggi variano molto in funzione del sesso e dell'età. Facendo riferimento ai dati normativi italiani riportati nella Tabella 12, (Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eating and Weight Disorders*, 2006, 11:1-13) indichiamo come *high-scorers* i soggetti che hanno ottenuto punteggi superiori alla media del campione normativo in una misura compresa fra una e due deviazioni standard e come *very-high-scorers* quelli che hanno riportato punteggi superiori alla media di due o più deviazioni standard. Si ottengono le percentuali riportate nella Tabella 13 che segnalano una presenza diffusa, fra gli adolescenti, sia di un disagio marcato per il proprio sembiante che di comportamenti alimentari disturbati.

Tabella 12. BUT•A GSI Dati normativi italiani per adolescenti di 17 anni

età: 17 anni	Femmine	Maschi
BUT GSI (M ± DS)	1,31 ± 0, 78	0,74 ± 0, 62

Tabella 13. EAT e BUT *high-scorers*

	EAT26 High Scorers (tot ≥ 20)	BUT•A GSI High Scorers (F ≥ 2,09; M ≥ 1,36)	BUT•A GSI Very High Scorers (F ≥ 2,87; M ≥ 1,98)
Femmine	17%	17%	7%
Maschi	5%	11%	5%

Un particolare importante dimostrato dalle analisi di correlazione: il rapporto con l'immagine fisica del proprio corpo e le condotte alimentari viaggiano insieme. La Tabella 14 dimostra che, in entrambi i sessi, i punteggi dei test EAT-26 per i disturbi alimentari e BUT per il disagio del corpo sono fortemente correlati fra loro in senso positivo. In altri termini, un maggior disagio per il proprio aspetto si associa a comportamenti alimentari più disturbati.

Tabella 14. Correlazione BUT•A GSI e EAT tot

	correlazione	P
Femmine	0,6464	<,0001
Maschi	0,5824	<,0001

La Tabella 15 riporta i dati che rispondono alla domanda seguente: i punteggi riportati ai test che esplorano il comportamento alimentare e il disagio legato all'immagine del corpo sono per caso correlati al peso attuale e al peso massimo *lifetime*?

Tabella 15. BMI, peso massimo storico, EAT e BUT

peso attuale vs.	F	M
EAT 26 tot	F Ratio 9,44 p ,0022	F Ratio 7,65 p 0,0058
BUT•A GSI	F Ratio 55,08 p < ,0001	F Ratio 21,51 p < ,0001
BMI attuale vs.		
EAT 26 tot	F Ratio 8,36 p 0,0039	F Ratio 11,82 p 0,0006
BUT•A GSI	F Ratio 54,94 p < ,0001	F Ratio 30,97 p < ,0001
peso massimo nella vita vs.		
EAT 26 tot	F Ratio 20,13 p < ,0001	F Ratio 54,94 p < ,0001
BUT•A GSI	F Ratio 44,86 p < ,0001	F Ratio 36,08 p < ,0001

La correlazione è fortemente positiva per entrambi i sessi, sia utilizzando il dato del peso che quello dell'indice di massa corporea. Per il peso massimo nella vita non è stato utilizzato l'indice di massa corporea mancando il dato della statura a quell'epoca.

Aver toccato livelli di peso corporeo più elevato si associa, dunque, a una maggior probabilità di vissuti, atteggiamenti e comportamenti disturbati, sia verso l'immagine del proprio corpo, che verso l'alimentazione.

Si potrebbe sostenere che l'esperienza del sovrappeso rappresenti, in adolescenza, un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi relativi all'alimentazione e a un'immagine negativa del proprio corpo. Molti autori sostengono da tempo questa tesi ma per provarla occorrerebbero ampi studi longitudinali diretti a verificare che un tempo di sovrappeso è seguito, con frequenza significativa, dalla manifestazione di sintomi e disturbi conclamati nelle aree indicate.

Questo non consentirebbe ancora, però, di parlare di un rapporto causa-effetto. Studi prospettici e analisi statistiche specifiche (regressioni lineari e *path analyses*) potrebbero confortare un'ipotesi causale, ma solo uno studio sperimentale di manipolazione (p.e. terapeutica) delle variabili avrebbe un peso di prova.

In ogni caso, ferme restando queste cautele interpretative, il dato conferma l'opportunità, in adolescenza, di affrontare in modo integrato i disturbi dell'alimentazione, il disagio per l'immagine del proprio corpo e la tendenza al sovrappeso.

Consideriamo ora, nelle Tabelle 16 e 17 il giudizio soggettivo sul proprio peso e confrontiamo (Tukey-Kramer HSD, alfa 0,05) i tre gruppi (*mi sento troppo magra/o, normale, troppo grassa/o*),

nei due sessi, rispetto alle variabili peso e BMI attuali, peso massimo storico, punteggi BUT-A GSI ed EAT-26 totale.

Tabella 16. Giudizio sul proprio peso corporeo e altre variabili. Sesso femminile

giudizio sul proprio peso attuale	A (troppo magra)	B (normale)	C (troppo grassa)	p < ,05
peso (kg) attuale	54,63 ± 13,6	55,96 ± 7,37	65,5 ± 9,4	C > B C > A
BMI attuale	20,2 ± 4,49	20,51 ± 2,4	23,77 ± 3,19	C > B C > A
peso (kg) massimo storico	59,04 ± 14,32	59,07 ± 8,86	69,47 ± 10,58	C > B C > A
EAT-26 tot	13,37 ± 11,27	7,24 ± 8,5	14,82 ± 11,88	A > B C > B
BUT-A GSI	1,44 ± 0,87	0,95 ± 0,72	2,04 ± 0,95	C > A C > B A > B

Le ragazze che si giudicano troppo grasse tendono ad avere, o ad aver avuto, pesi corporei oggettivamente più elevati. Le ragazze che si giudicano troppo grasse o troppo magre mostrano indici psicometrici di comportamenti alimentari disturbati (EAT) e di disagio del corpo (BUT) significativamente più elevati rispetto a quelle che si giudicano normopeso.

Tabella 17. Giudizio sul proprio peso corporeo e altre variabili. Sesso maschile

giudizio sul proprio peso attuale	A (troppo magra)	B (normale)	C (troppo grassa)	p < ,05
peso (kg) attuale	63,88 ± 13,44	72,68 ± 10,68	90,1 ± 15,4	C > B C > A B > A
BMI attuale	19,09 ± 2,21	22,75 ± 2,81	28,23 ± 3,94	C > B C > A B > A
peso (kg) massimo storico	66,01 ± 16,56	76,51 ± 13,9	94,24 ± 21,38	C > B C > A B > A
EAT-26 tot	7,46 ± 6,99	4,69 ± 6,45	10,38 ± 8,34	A > B C > B
BUT-A GSI	0,73 ± 0,62	0,53 ± 0,55	1,45 ± 1,12	C > A C > B

Anche i ragazzi che si giudicano troppo grassi tendono ad avere, o ad aver avuto, pesi corporei oggettivamente più elevati e mostrano indici psicometrici di comportamenti alimentari disturbati (EAT) e di disagio del corpo (BUT) più elevati rispetto a quelli che si giudicano normali. Questi dati confermano lo stretto legame fra peso oggettivo (attuale e storico), immagine del corpo e comportamenti alimentari e sostengono, una volta di più, l'opportunità di affrontare insieme, nei programmi di prevenzione, i problemi di peso corporeo, alimentazione e disagio del corpo.

9.2. Seconda somministrazione (T2)

La prima parte della ricerca ha avuto i caratteri di uno studio osservazionale, trasversale capace di offrire una serie di informazioni di tipo epidemiologico su un vasto campione di popolazione adolescente, studentesse e studenti di scuole medie superiori.

La seconda parte ha avuto i caratteri di uno studio sperimentale, longitudinale che ha tentato di valutare gli effetti di un intervento breve (otto ore per gruppo classe) di promozione della salute.

Vediamo ora quali sono stati gli effetti immediati. Il gruppo sperimentale - che ha partecipato ai quattro incontri - è stato composto di 82 soggetti (38 ragazze e 44 ragazzi). Un gruppo di controllo - costituito da studenti appartenenti alle stesse scuole del campione sperimentale ma non sottoposti agli incontri di prevenzione/promozione della salute - è stato riesaminato con gli stessi questionari (escluso, ovviamente, quello di gradimento) alla stessa distanza di tempo e ne è stato estratto un campione di 82 soggetti appaiati al campione sperimentale per sesso, età e indice di massa corporea. Alla fine, i dati completi e attendibili sono stati relativi, per il gruppo sperimentale, a 63 ragazzi (28 F e 35 M), il 77%. Di conseguenza, anche il gruppo di controllo è stato riportato allo stesso numero.

I test non hanno messo in evidenza nel sottogruppo sperimentale alcun cambiamento significativo. I dati pre-intervento sono risultati esattamente sovrapponibili a quelli subito successivi. E nessuna differenza si è osservata rispetto al gruppo di controllo che, pure, non ha mostrato cambiamenti significativi al retest. Le Tabelle 18 e 19 riportano, per il gruppo sperimentale e per i due sessi, quattro dati salienti, sufficienti a dimostrare l'assenza di cambiamenti significativi per le variabili esaminate.

Tabella 18. Gruppo sperimentale femminile

	pre-intervento	post-intervento	p < ,05
EAT 26 totale	13,03 ± 12,1	12,29 ± 12,07	ns
BUT•A GSI	1,55 ± 0,72	1,56 ± 0,88	ns
EAT high scorers	28,6 %	21,4 %	ns
BUT high scorers	7,46 ± 6,99	4,69 ± 6,45	ns

Tabella 19. Gruppo sperimentale maschile

	pre-intervento	post-intervento	p < ,05
EAT 26 totale	3,43 ± 7,04	3,6 ± 6,5	ns
BUT•A GSI	0,49 ± 0,64	0,45 ± 0,72	ns
EAT high scorers	2,85 %	5,71 %	ns
BUT high scorers	11,43 %	11,43 %	ns

La Tabella 20 riporta, infine, le risposte al questionario di gradimento.

Tabella 20. Valutazione dell'intervento da parte dei giovani (%)

	per niente o poco	abbastanza o molto
Hai trovato interessanti gli argomenti proposti?	30	70
Li hai trovati utili?	41	59
Hai imparato cose nuove?	61	39
Sono cambiati i tuoi comportamenti?	92	8
Ti è piaciuto il modo in cui gli operatori hanno presentato gli argomenti?	24	76
Ti rivolgeresti a loro se ne avessi bisogno?	22	78

Come appare dai numeri, nel complesso le risposte positive sono state prevalenti. Da sottolineare, in particolare, i seguenti punti: in primo luogo, hanno segnalato che i comportamenti abituali non sono stati influenzati dall'intervento. Questa informazione integra e conferma il dato psicometrico (v. Tabelle 18 e 19) che indicava nessun cambiamento significativo negli atteggiamenti e nelle condotte.

Tuttavia, la modalità interattiva e non semplicemente informativa è piaciuta ai più e ha suscitato interesse. Alcuni studenti hanno scritto - nella pagina di commenti liberi del que-

stonario di gradimento – frasi che riporto alla lettera:

- “Buona esperienza”
- “È un argomento molto vicino a noi ragazzi e va discusso perché porta a conseguenze gravi. Probabilmente avete risolto un problema di una ragazza della classe che inconsapevolmente stava entrando nell’anoressia”
- “Mi sarebbe piaciuto entrare più nel personale riguardo le mie esperienze per avere un parere professionale. Ho trovato perciò interessanti le riflessioni di gruppo ma sarebbe stato più utile per me un confronto diretto. Grazie però per aver dedicato a noi questo tempo per una così importante tematica”
- “Mi è piaciuto. Il corso è stato molto stimolante e piacevole. Bene così!”

Infine, le risposte all’ultima domanda elencata nella Tabella 20, suggeriscono, infine, che un effetto utile dell’intervento è stato una facilitazione del ricorso all’aiuto medico e psicologico. Questo conferisce al lavoro svolto un certo valore di prevenzione secondaria.

In conclusione, il tipo di intervento sperimentato è risultato breve, economico, non dannoso, gradito, riproducibile, ma poco efficace. Anche la nostra esperienza, condotta con un metodo sufficientemente rigoroso, sembra confermare che interventi brevi ed economici di promozione della salute non ottengono effetti rilevanti e significativi sul piano delle attitudini e dei comportamenti. Possono avere, però, una funzione utile di sensibilizzazione. Sembra aver senso, comunque, progettare interventi di prevenzione - integrati e non frammentari - che affrontino insieme, in modo coerente, i disturbi dell’alimentazione (anoressie, bulimie e anomalie sottosoglia) e quelli del peso corporeo (sovrappeso e obesità) che appaiono profondamente legati fra loro. Gli uni e gli altri si associano a disturbi dell’immagine del corpo, costruito psicologico d’importanza centrale nella psicopatologia dell’adolescenza (Børresen , 2003; Neumark-Sztainer, 2003, 2005, 2006). La prevenzione primaria di disturbi così complessi e tenaci come le anoressie, le bulimie, l’obesità è un capitolo sempre aperto allo studio e, in gran parte, ancora da scrivere.

Bibliografia

- Abascal L, Bruning Brown J, Winzelberg AJ, Dev P, Taylor CB, “Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs”, *Int J Eat Disord* 2004; 35(1):1-9.
- Børresen R, Rosenvinge J. From prevention to health promotion. In: Treasure J, Schmidt U, van Furth E, editors. *Handbook of eating disorders*. 2nd ed. Chichester: Wiley; 2003. p. 435-464.
- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Battacchi M. Body Uneasiness Test (BUT) [Codice di identificazione: #768]. In: Conti L, editor. *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*. Firenze: SEE; 2000. p. 1759-61
- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eating and Weight Disorders*, 2006, 11:1-13
- Cuzzolaro M, Petrilli A. Validazione della versione italiana dell'EAT-40 di D.M. Garner e P.E. Garfinkel. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. 1987, 55:209-17

Cuzzolaro M, Vetrone G, Fellin L, Spissu M., *Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione*, in Gentile M., editor, *Aggiornamenti in Nutrizione Clinica*, 12, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2004, p. 21-33.

Cuzzolaro M, Santomassimo C, Spissu M. The prevention of eating disorders. In: Bruni V, Dei M, editors. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Rome: CIC Edizioni Internazionali; 2003. p. 77-79.

Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie. Un'epidemia del nostro tempo*, Il Mulino, Bologna 2004.

Cuzzolaro M. Anoressia e bulimia. In: Barale F, Bertani M, Gallese V, Mistura S, Zamperini A, editors. *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi; 2006. p. 79-82.

Dubé L, Bechara A, Dagher A, Drewnowski A, Lebel J, James P, et al., editors, *Obesity prevention. The role of brain and society on individual behavior*, Amsterdam: Elsevier; 2010.

Garfinkel PE, "Newman A. The eating attitudes test: twenty-five years later", *Eat Weight Disord.*, 2001, 6:1-24.

Garner D, Garfinkel P, "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 1979, 9:273-9.

Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res* 2006;21(6):770-82.

Irving LM, Neumark-Sztainer D., "Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile?", *Prev Med*. 2002; 34(3): 299-309.

Johansen S, Jacobsen H, Rosenvinge J, Perry J, Silvera D: "Eating pattern and self-esteem in overweight women", *Eating and Weight Disorders* 1998; 3:33-36.

Leavell H, Clark E. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, 3rd ed. New York: McGraw Hill; 1965.

Levine M, Piran N., *The prevention of eating disorders: toward a participatory ecology of knowledge, action and advocacy*, in Striegel-Moore R, Smolak L, editors., *Eating Disorders. Innovative directions in research and practice*, Washington DC: American Psychological Association; 2001. p. 233-253.

Levine M, Smolak L. *Prevention of Eating Problems and Eating Disorders: Theory, Research, and Practice*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.

Lewin, K., *Action research and minority problems*, in Lewin, G. W. (ed.), *Resolving Social Conflict*, Harper & Row, London 1946, p. 34-46.

Marano G, Cuzzolaro M, Vetrone G, Garfinkel PE, Temperilli F, Spera G, et al. Validating the Body Uneasiness Test (BUT) in obese patients. *Eating and weight disorders*, 2007, 12:70-82

Neumark-Sztainer D., "Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do?", *J Adolesc Health*, 2009;44(3):206-13

Neumark-Sztainer D., "The interface between the eating disorders and obesity fields: moving toward a model of shared knowledge and collaboration", *Eat Weight Disord.*, 2009;14(1):51-8

Neumark-Sztainer D, Levine MP, Paxton SJ, Smolak L, Piran N, Wertheim EH. Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next? *Eat Disord* 2006;14(4):265-85.

- Neumark-Sztainer D, van den Berg P, Hannan PJ, Story M. Self-weighing in adolescents: helpful or harmful? Longitudinal associations with body weight changes and disordered eating. *J Adolesc Health* 2006;39(6):811-8.
- Neumark-Sztainer D. Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *Int J Eat Disord* 2005;38(3):220-7.
- Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolesc Med* 2003;14(1):159-73.
- Norman AH, Tesser CD, "Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System", *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):2012-20.
- Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C, editors. *Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges*. New York: Brunner/Mazel; 1999
- Rosen K., *The principles of developmental psychopathology: illustration from the study of eating disorders*, in Smolak L, Levine M, Striegel-Moore R, editors, *The developmental psychopathology of eating disorders*, Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum, 1996, p. 3-29.
- Silvera D, Bergensen T, Bjørgum L, Perry J, Rosenvinge J, Holte A: Analyzing the relation between self-esteem and eating disorders: Differential effects of self-liking and self-competence. *Eating and Weight Disorders* 1998; 3:95-99.
- Smolak L, Thompson J, (eds), *Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2009.
- Vandereycken W, Noordenbos G, editors. *The prevention of eating disorders*, Athlone Press, London 1998.
- Vetrone G, Cuzzolaro M., *Disturbi dell'alimentazione e obesità: interventi di prevenzione integrata*, in Bosello O, editor., *Obesità. Un trattato multidimensionale*, 2^a edizione, Kurtis Editore, Milano 2009, p. 873-7.
- Wade T, Davidson S, O'Dea J., "A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program for reducing eating disorder risk factor", *International Journal of Eating Disorders* 2003; 33:371-384.
- Yager J., "Weighty perspectives: contemporary challenges in obesity and eating disorders", *American Journal of Psychiatry*, 2000;157:851-853.
- Yager J, Powers P, editors. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007.

MARIA GRAZIA MARTINETTI*,
PATRICIA BETTINI**, **ROBERTO LEONETTI*****,
MARIA CRISTINA STEFANINI****
**LA METODOLOGIA LIFE SKILLS EDUCATION
COME PROPOSTA D'INTERVENTO INTEGRATO**

1. Linee di riferimento della letteratura sulla prevenzione

Analizzando i vari programmi di prevenzione in letteratura prevalgono due modelli di prevenzione primaria attualmente riconosciuti: il modello “*Disease specific pathway model* (DSP)” ed il modello “*Non specific vulnerability stressor model* (NSVS)”. Per entrambi i modelli di prevenzione (DSP e NSVS) sono stati messi in atto sia interventi diretti sugli adolescenti, sia interventi indiretti quali azioni di tipo politico-legislativo, programmi rivolti a genitori, insegnanti, istruttori ed allenatori sportivi. Pur riconoscendo al primo modello (DSP) un valore epidemiologico-statistico, la letteratura ha approfondito in particolare il modello NSVS, orientato a ridurre l'incidenza di eventi patologici contrastando i fattori di rischio specifici e potenziando i fattori di protezione (individuali, ambientali e sociali), attraverso interventi di promozione della salute che includano programmi interattivi.

Da un primo modello d'intervento preventivo basato esclusivamente su programmi di informazione nutrizionale e dietetica e sulla patologia stessa, superato dalla constatazione di un effetto di scarsa efficacia o addirittura paradossale, le Linee Guida Internazionali (APA 2006), le Raccomandazioni della Medicina basata sull'Evidenza (NICE 2004) e la letteratura di riferimento sulla possibilità di prevenzione dei DCA (Steiner 2003, Ebeling 2003), evidenziano sempre più, accanto all'importanza del riconoscimento precoce di alcuni Fattori di Rischio nell'insorgenza e nel mantenimento dei disordini alimentari, l'importanza del far leva su alcuni Fattori Protettivi e di Resilienza che, se attivati, sostenuti e rinforzati, possono contrastare l'insorgenza di queste patologie e/o contribuire al loro superamento.

Pertanto, pur restando ancora aperta la discussione in merito a quale modello di prevenzione primaria sia più efficace, e alla necessità di individuare ed applicare metodologie rigorose di valutazione, è ormai ampiamente riconosciuta in letteratura, la negatività di interventi mirati che focalizzino in modo diretto il problema o che facciano troppo leva sugli aspetti nutrizionali-dietetici; sono invece sempre più raccomandati ed indicati mo-

* Prof. Associato Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, SOD di NPI, Università di Firenze.

** Referente organizzativo Coordinamento Centri Consulenza Giovani, ASL 10 Firenze.

*** Coordinatore Centri Consulenza Giovani, Direttore U.O. N.P.I., ASL 10 Firenze.

**** Ricercatrice Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, SOD di NPI, Università di Firenze.

delli d'intervento che agiscano in via prioritaria sulla multifattorialità (Byely et al., 2000; Calam, Waller, 1998; Hill, Pallin, 1998; Pearson et al., 2002; Schur et al., 2000; Smolak et al., 1999), attraverso la Promozione della Salute e la Promozione di Stili di Vita Consapevoli, oltre ad interventi di prevenzione secondaria atti a riconoscere tempestivamente predisposizioni e fattori di vulnerabilità, e ad accogliere la persona (ed il suo contesto) nel percorso assistenziale previsto, quanto più precocemente possibile.

Da queste raccomandazioni consegue la necessità di un'azione complessiva per un orientamento dei vari Servizi che si occupano di DCA ed Obesità, al fine di superarne la frammentazione e di fornire precise Linee di Intervento Preventivo condivise, orientate principalmente allo sviluppo di competenze che contrastino i molteplici fattori di rischio e promuovano i fattori protettivi e di resilienza evidenziati in letteratura.

2. La Promozione della Salute

Accanto ad un livello di intervento preventivo caratterizzato dal tempestivo riconoscimento da parte dei MMG, dei Pediatri e degli operatori delle Attività Consultoriali e dei Servizi Socio-Sanitari ed Educativi, della presenza di Fattori di Rischio individuali ed ambientali, con successivo accompagnamento nei Servizi della Rete dei Percorsi previsti per l'accogliimento e la presa in carico precoce, è ampiamente riconosciuta in letteratura (Killen et al., 1993; O'Dea, Abraham, 2000; Phelps et al., 2000; Smolak et al., 1998; Steiner-Adair et al., 2002; Stice et al., 2001; Stice, Ragan, 2002) la necessità di intervenire con programmi di Promozione della Salute che facciano leva sui Fattori Protettivi e di Resilienza. Questa è la cornice di riferimento in cui il gruppo tecnico regionale si è mosso nell'individuare strategie condivise di prevenzione che potessero costituire un modello in continuum, di tipo universal-selective (grandi gruppi di persone che includono soggetti a rischio per stadio di sviluppo), calato in un movimento conoscitivo e culturale partecipativo delle istituzioni, dei servizi, dell'associazionismo.

Le Linee Guida Internazionali, la Medicina basata sull'Evidenza e la letteratura di riferimento, considerano come fattori di rischio generali alcune caratteristiche della società e della cultura occidentale connotata da valori di opulenza alimentare, enfasi sull'aspetto estetico e sullo stereotipo della magrezza (in particolare per il genere femminile), denigrazione dell'obesità, enfasi sulla prestazione fisica, sull'esibizione, sulla competizione. Si evidenziano inoltre alcuni fattori di rischio specifici, legati all'ambiente, alla vulnerabilità individuale, alla vulnerabilità dietetica e fattori addizionali (Fairburn, Welch), quali contesti familiari-educativi connotati da una cultura che pone molta enfasi sull'alimentazione, sulle forme estetiche, sul peso, sulle diete, sull'attività fisica-sportiva-competitiva; presenza nel contesto familiare di problematiche e conflitti personali e relazionali-comunicativi veicolati attraverso il cibo e l'alimentazione; modelli relazionali basati sulla disconferma, sulla svalutazione o sull'invischiamento; presenza di adulti con obesità e/o problemi di salute correlati all'alimentazione; dipendenze, disturbi d'ansia, depressioni; eventi traumatici quali lutti, abusi (psicologici, fisici, sessuali); immaturità o

prematurità neonatale; prescrizioni di diete in età evolutiva, fattori biologici.

Alcuni autori evidenziano inoltre la necessità di porre una particolare attenzione all'insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell'adolescenza (Smolak, Levine, 1994) in quanto l'età di avvio dei DCA si abbassa (Bryant-Waugh, Lask, 1995) e negli adolescenti in particolare si presentano i seguenti fattori di rischio: insoddisfazione per la propria immagine corporea, interiorizzazione di un ideale di magrezza, desiderio di perdere peso in presenza di un normopeso, tendenza a orientare/identificare il successo con la presenza di magrezza, la forma fisica, essere attivi, impegnati, tenaci equivalendo tutto questo all'essere magri, l'autosvalutazione, il perfezionismo, la compiacenza. Vengono inoltre riscontrati in adolescenza (Pearson et al., 2002) rischi crescenti per fumo, consumo di alcool e droghe e la presenza di una possibile correlazione fra depressione, suicidio, dipendenze e DCA

La sproporzione presente in letteratura per quanto riguarda gli studi sull'immagine corporea, per la quale l'immagine corporea negativa è spesso analizzata in modo più consistente di quella positiva, si riflette anche sull'analisi dei fattori di rischio, e dei fattori protettivi; in letteratura sono comunque stati evidenziati fattori individuali ed ambientali, ritenuti in grado di "proteggere" la persona nella sua globalità, favorendo la sua possibilità di fronteggiare con maggior competenza i vari aspetti della vita e, plausibilmente, alcuni dei fattori di rischio sopra menzionati.

Fra i fattori protettivi sono indicati: un buon livello di sicurezza e fiducia di base; un buon livello di consapevolezza di sé ed autostima; un rapporto buono ed armonioso con il corpo e con il movimento; un buon rapporto con le sensazioni corporee e con le emozioni; rapporti fra i generi sessuati e nei contesti familiari ed educativi connotati dalla consapevolezza delle differenze, delle difficoltà e dei conflitti e dalla competenza alla loro gestione relazionale e comunicativa; senso critico in grado di contrastare le pressioni socio-culturali, un rapporto cordiale e consapevole con il cibo. In particolare in pre-adolescenza ed adolescenza sono da sostenere i processi di crescita e cambiamento in corso, rinforzando: lo sviluppo di sé e dell'autostima; il buon rapporto con il proprio corpo e con la propria immagine; lo sviluppo sessuale ed affettivo; la capacità riflessiva; la capacità di proiettarsi nel futuro; i processi di svincolo familiare; la socializzazione nel gruppo dei pari; la consapevolezza del rapporto con il rischio e con la trasgressione; il confronto con i modelli, le pressioni, i miti, gli pseudovalori veicolati dal gruppo dei pari e dai mass-media; la maturazione del senso critico e della competenza ad assumere scelte consapevoli.

La letteratura sulla resilienza, definita come la capacità individuale di reagire agli eventi avversi della vita in maniera pro-attiva, ha evidenziato alcuni elementi che concorrono a rinforzarla, aiutando le persone a rispondere anche in modo costruttivo a fattori di rischio ed eventi traumatici: presenza nel contesto familiare e/o educativo di almeno un adulto di riferimento significativo dal punto di vista relazionale-comunicativo in grado di accogliere e sostenere il bambino-adolescente; contesti scolastici ed educativi che riconoscano le competenze personali e sostengano la fiducia in sé, l'autostima, la pro-

gettualità e la prospettiva futura; rapporti di condivisione, solidarietà, costruttività con il gruppo dei coetanei nel contesto scolastico e ricreativo.

2.1. Programmi di Promozione della Salute per la Prevenzione dei DCA e dell'Obesità

A fronte della complessità degli elementi in gioco, la proposta di interventi di prevenzione non può essere focale o puntiforme e ogni intervento di Promozione della Salute dovrebbe essere aderente a determinati aspetti: multifattorialità; complessità degli aspetti in gioco (socio-economici-culturali-educativi) per i diversi contesti chiamati in causa e per ogni singola persona; complessità dei processi di trasformazione e cambiamento dei contesti e delle persone; sviluppo globale dei bambini e specificità della fase adolescenziale; necessità di interventi precoci; condivisione e coinvolgimento della maggioranza degli attori sociali per superare deleghe e deresponsabilizzazioni; partecipazione attiva dei destinatari-target degli interventi; continuità (no interventi saltuari e sporadici); condivisione e aggancio con i Servizi della rete che si occupano degli altri livelli del percorso. In tal senso si sono individuate tre aree prevalenti, sinergiche, con l'obiettivo di incidere nel tempo, attraverso la continuità delle azioni, sui fattori di promozione della salute

In primo luogo, si può parlare di interventi di coinvolgimento, sensibilizzazione e formazione dei vari adulti di riferimento: operatori socio sanitari (MMG, Pediatri, operatori di diverse professionalità dei Servizi Consultoriali, SMIA e SMA, Servizi Sociali, Servizi di Dietetica Professionale, Ser.T, U.O. Educazione alla Salute, Dip. Prevenzione), genitori, educatori, insegnanti, allenatori ed istruttori di palestre, scuole di danza e dello sport, insegnanti delle scuole di stilismo, moda, immagine e pubblicità, operatori dei mass-media, affinché nei loro contesti (educativi, sociosanitari, ricreativi, culturali) tengano conto e/o riconoscano tempestivamente i fattori di rischio, e, in particolare, promuovano e sostengano i fattori protettivi e di resilienza dei bambini e degli adolescenti, attuando interventi che contrastino la cultura ed i modelli del perfezionismo, della competizione, dell'estetismo ad oltranza, del salutismo nutrizionale, la prescrizione di diete in età evolutiva e l'uso di farmaci nell'attività sportiva.

In particolare, per quanto riguarda la cooperazione con l'area pediatrica, la letteratura ci indica l'importanza della diagnosi precoce dei DCA nella doppia valenza sia del riconoscimento di problematiche alimentari transitorie o subcliniche in epoche precoci, che possono assumere la valenza di indicatori di rischio, sia di individuazione precoce degli esordi dei quadri clinici classici in età adolescenziale (in questo senso si ricorda che uno dei fattori positivamente associato ad una prognosi più favorevole è proprio il più basso tempo tra l'esordio della malattia e la diagnosi). Inoltre si afferma che i problemi legati all'alimentazione riscontrabili durante l'infanzia possono rappresentare esordi di quadri di DCA precoci o di forme atipiche (correlati a stili alimentari disfunzionali: come lentezza, neofobia, piluccamento ma anche le varie fobie alimentari: del vomito, del soffocamento, dell'avvelenamento/contaminazione); nei DCA precoci si ricorda inoltre che

per l'alimentazione selettiva è stata confermata la correlazione positiva con successivi DCA in particolare con l'anoressia restrittiva.

In secondo luogo vanno segnalati gli interventi di sostegno alle competenze genitoriali, familiari ed educative, dal concepimento in poi, finalizzate a sviluppare: livelli di attaccamento sicuro, fiducia di base, sicurezza, autostima; un rapporto buono ed armonioso con il corpo, con le sensazioni e con le emozioni; relazioni fra i generi e nei contesti familiari ed educativi connotate dalla consapevolezza eventuale delle differenze, delle difficoltà e dei conflitti e dalla competenza alla loro gestione, superando modelli basati sulla disconferma, sulla svalutazione e sull'invischiamento; un buon rapporto con l'attività fisica e l'agonismo. I programmi di prevenzione primaria e secondaria con i genitori sono ancora poco sviluppati e promossi ma rappresentano una grossa prospettiva, in particolare per lavorare sui fattori di rischio dei DCA del contesto quale l'emotività espressa, la presenza di condotte di dieta o di disturbi alimentari di uno dei genitori, le critiche da parte dei genitori rivolte alle forme corporee dei figli, (Jacobi 2004).

Infine si segnalano interventi che sostengano i processi di cambiamento in pre-adolescenza ed adolescenza, rinforzando: il processo di individuazione in corso; lo sviluppo di sé e dell'autostima; l'accettazione dell'immagine di sé e del proprio corpo con la riduzione degli aspetti legati al perfezionismo e all'adesione acritica ai modelli estetici proposti dai mass-media; lo sviluppo sessuale ed affettivo; l'autonomia ed i processi di svincolo familiare; la socializzazione nel gruppo dei pari; la consapevolezza del rapporto con il rischio e con la trasgressione; il confronto con i modelli, le pressioni, i miti veicolati dal gruppo dei pari e dai mass-media; la maturazione del senso critico e della competenza ad assumere via-via scelte consapevoli anche in ambito alimentare e nelle varie attività della vita.

3. La metodologia "Life Skills Education"

L'OMS dal 1980, ed in anni più recenti anche le indicazioni del Libro Verde, hanno evidenziato l'importanza di potenziare le competenze-abilità di vita personali e sociali (*Life Skills*) all'interno dei programmi di Promozione della Salute, consigliando, in particolare, di intervenire in tal senso a livello scolastico e negli ambiti di aggregazione del territorio di riferimento. Tali indicazioni sono state recepite dalla Regione Toscana che raccomanda di agire in termini di Programmi di Promozione della Salute e di stili di vita consapevoli mediante l'applicazione del modello e della metodologia delle *Life Skills Education*.

Fra le principali *Life Skills*, l'OMS ne ha individuate dieci, sovrapponibili con i Fattori Protettivi citati dalla letteratura nell'ambito dei DCA: autostima, conoscenza di sé e del proprio corpo, consapevolezza emotiva, fiducia, empatia, comunicazione e socializzazione, creatività, senso critico, capacità di affrontare e risolvere situazioni problematiche e stress, capacità di gestire i conflitti e di affrontare i processi decisionali.

Tale modello prevede progetti e interventi educativi da realizzarsi nelle scuole di ogni ordine e grado (nidi, scuole dell'infanzia, scuole primarie e secondarie) e sul territorio

(centri giovanili, palestre, associazioni scout,) con il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli adulti di riferimento e, a cascata, dei bambini e degli adolescenti. Tale processo, garantendo continuità, permette un cambiamento significativo della condivisione delle finalità del contesto scolastico e dei metodi educativi, orientandoli prevalentemente verso lo sviluppo delle abilità personali e sociali dei bambini e degli adolescenti, dei fattori protettivi e di resilienza in particolare a scuola e, possibilmente, anche nei loro vari contesti di vita (familiare, sociale-ricreativo,) promuovendo in contemporanea le competenze degli adulti e delle istituzioni coinvolte affinché convergano sui bisogni dei bambini e degli adolescenti.

Al processo, nelle sue varie fasi, partecipano oltre agli insegnanti, agli operatori scolastici e alle famiglie, anche operatori di Enti ed altre istituzioni del territorio (servizi socio-sanitari, associazionismo, servizi ricreativi e sportivi) al fine di dividerne scopi, contenuti e metodi educativi e, in caso di riconoscimento precoce di fattori di rischio, garantire la rete nei percorsi assistenziali previsti. Queste indicazioni sono state recepite dalla Regione Toscana che raccomanda di agire in termini di Programmi di Promozione della Salute e di stili di vita consapevoli mediante l'applicazione del modello e della metodologia delle *Life Skills Education*. In tal senso il Gruppo Tecnico dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana, ha anche promosso un confronto fra le esperienze delle 3 Aree Vaste della Regione, all'interno di un Seminario di studio sulla prevenzione di DCA ed Obesità, dal quale sono scaturite alcune proposte progettuali.

Le proposte individuate riguardano le seguenti aree ed ambiti: Sostegno alla Genitorialità; Alimentazione, Intercultura e Mass-Media; Nidi, Scuole dell'Infanzia e Primarie; Scuole Secondarie di primo e secondo grado; Attività sportive e ricreative; la Rete e le Associazioni. Le azioni previste prendono in considerazione anche le possibilità di verifica e valutazione dei risultati e degli esiti di tale impostazione progettuale preventiva, analizzando, attraverso alcune ipotesi di ricerca-azione longitudinale, alcuni macro-indicatori di processo che anche come "condizioni sine-qua-non", garantiscono il più possibile lavorare fronteggiando la complessità presente:

- stilare accordi di programma fra i vari Enti (regione, comuni, ufficio scolastico regionale, servizi socio-sanitari, associazionismo, volontariato,...) tradotti nei Piani Integrati di Salute (Società della Salute di Zona);
- programmare possibilmente in quella Zona, nel PIS, "un progetto unico" articolato nei suoi vari ambiti, contesti, interventi e percorsi, con possibilità di verifica;
- costituire un unico gruppo progettuale ed operativo interdisciplinare-multiprofessionale composto da operatori appartenenti ai vari enti, servizi socio-sanitari, risorse territoriali di quella Zona, che assicuri continuità (non sporadicità);
- assicurare un percorso con continuità fra interventi di promozione del benessere-prevenzione nella scuola e percorsi di presa in carico integrata fra servizi socio-sanitari, enti vari ed aziende ospedaliere coinvolte;
- ricerca-azione insita nel progetto stesso sul campione coinvolto, in longitudinale, per monitorizzare gli esiti a breve, medio e lungo termine;

- necessità di proseguire occasioni di confronto scambiando ed integrando conoscenze, progetti, operatività fra Enti e Servizi Pubblici e Privati (Università, Ospedali, Aziende, Scuole, Associazionismo) in vista del collaudo del modello di prevenzione individuato e dei progetti specifici co-costruiti e realizzati in condivisione fra istituzioni, operatori e associazionismo.

Si tratta per ora di aver predisposto le fondamenta di un lavoro preventivo che agisca nel tempo a livello culturale e istituzionale (assistenziale, familiare, scolastico). La sfida sta nella possibilità di dare continuità e nella capacità di integrazione delle azioni preventive individuate, contrastando la criticità di azioni episodiche, costose, spesso incongrue, dotandosi di strumenti valutativi che possano aiutarci nel monitorare il processo in corso e la sua incidenza in queste complesse problematiche.

Bibliografia

APA (American Psychiatric Association), *Treating eating disorders, Practice Guide-lines 2006*, www.appi.org.

Baranowski M.J., Hetherington M.M., "Testing the efficacy of an eating disorder prevention program", *International Journal of Eating Disorders*, 29 (2001), pp. 119-124.

Byely L. et al., "A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting", *International Journal of Eating Disorders*, 28(2) (2000), pp. 155-164.

Bryant- Waugh R. Lask B., Eating Disorder in children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36 (3) (1995), 191-202.

Calam R, Wall G., "Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study", *Internat. Journ. of Eating Disorders*, 24, (1998) (4), pp. 351-362.

Carter J.C. et al, "Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?", *International Journal of Eating Disorders*, 22(1997), 167-172.

Hill A.J., Pallin V., "Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls". *International Journal of Eating Disorders*, 24(4) (1998), 405-413.

Huon G.F., "Towards the prevention of dieting-induced disorders: Modifying negative food- and body-related attitudes". *International Journal of Eating Disorders*, 16(4) (1994), 395-399.

Jacobi, "Coming to terms with risk factors for eating disorder: application of risk terminology and suggestions for general taxonomy", *Psychological Bulletin*, 130 (2004), 19-65.

Kelly C., Ricciarelli L.A., Clarke J. D., "Problem eating attitudes and behaviors in young children", *International Journal of Eating Disorders*, 25(3) (1999), 281-286.

Killen J.D. et al. "An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls", *International Journal of Eating Disorders*, 13(4) (1993), 369-384.

Leonetti R., Patricia Bettini, La prevenzione e l'accoglimento precoce dei DCA nell'ambito delle attività dei Centri Consulenza Giovani, *Atti Convegno "Linee di indirizzo per la costruzione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei Disturbi del*

Comportamento Alimentare (D.C.A.) nella Regione Toscana: percorso come processo terapeutico” Firenze, 2006.

Morosini PL, “Salute mentale positiva, secondo l’OMS”, 2001.

Morosini PL, “Una politica per la promozione della salute mentale”, 2001.

O’Dea J. A., Abraham S., “Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem”, *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2000), 43-57.

Pearson J. et al., “Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities”, *International Journal of Eating Disorders*, 31(2002), 233-239.

Pratt B.M., Wolfenden S.R., “Interventions for preventing eating disorders in children and adolescent (Review) 2”. *The Cochrane Library*, (4) (2007).

Protocollo d’intesa con la Direzione Scolastica Regionale Toscana, Progetto “La Scuola che promuove salute”, nell’ambito dell’Accordo quadro Regione Toscana-OMS, il rapporto HBSC (Health Behaviour School Aged Children)

Rapporto del Comitato di esperti dell’OMS su Promozione ed educazione sanitaria nella scuola, *Promuovere la salute attraverso le scuole*, Collana Relazioni tecniche OMS, n. 870, OMS, Ginevra 1997.

Reilly J. J. Et al.. Prevalence of overweight and obesity in British children: cohort study. *British Medical Journal*, 16 (1999), 319 (7216): 1039- 1999.

Regione Toscana, “Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana”, Giunta Regionale Toscana, *Delibera* N. 279 del 18/04/06.

Regione Toscana, “Rapporto *Stili di vita e salute dei giovani toscani 11-12-15 anni*”, nell’ambito dell’Accordo Quadro con l’OMS del 2003, (Studio internazionale WHO/HBSC - Health Behaviour in School – aged Children) (2005).

Regione Toscana, “Alimentazione e Salute”, Toscana: *I progetti per la salute*, Giunta Regionale Toscana, Triennio 2005-2007.

Sahota P. et al. “Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity”. *British Medical Journal*, 323 (2001), 1027-1029.

Schur E. A., Sanders M., Steiner H., „Body dissatisfaction and dieting in young children”, *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2000), (1), 74-82.

Smolak L., Levine M. P., “Psychometric properties of the children’s eating attitudes test”, *International Journal of Eating Disorders*, 16 (1994), (3), 275-282.

Smolak L., Levine M, Schermer F. “A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems”. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (1998), 339-353.

Smolak L., Levine M. P., Schermer F., “Parental input and weight concerns among elementary school children”, *International Journal of Eating Disorders*, 25 (3), (1999), 263-271.

Steiner-Adair C. et al., “Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice”, *International Journal of Eating Disorder*, 32 (2002), 401-411.

Stice E., Chase A., Stormer S., Appel A., “A randomized trial of a Dissonance-based eating di-

sorder prevention program”, *International Journal of Eating Disorders*, 29 (2001), 247-262.

Stice E., Ragan J., “A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students”, *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), (2002), 159-171.

PAOLA BIANCHINI*, CARLA MARIA MATTEUCCI**

IL SENSO DELLA FORMAZIONE E LA FORMAZIONE DEL SENSO: UN PROGETTO DI FORMAZIONE A RIETI

E il Signore non mi rimprovererà perché non sono stato né Mosè, né Abramo, non si arrabbierà con me perché non sono stato un santo, ma mi dirà: "Disgraziato, perché non sei stato Zussia?", cioè perché non sei stato te stesso?
A.J. Heschel

Le nostre idee progrediscono con il progredire della nostra capacità di concepire. Parlare di formazione, in tal senso, significa aprirsi a domande nuove, progredire in una ricerca di senso che produca un cambio di paradigma nell'incontro con il mondo. Essere uomini è una cosa sempre nuova, non una mera ripetizione o un prolungamento del passato, ma un'anticipazione di cose a venire. Essere uomini è una sorpresa, non una conclusione scontata.

La persona umana ha la capacità di creare eventi (Heschel, 2005); essere-nel-mondo, infatti, non significa starci dentro semplicemente come una cosa, ma assumere il mondo come orizzonte del proprio progetto. La progettualità umana è definita trascendenza, che non è un comportamento possibile tra i tanti, ma la stessa costituzione fondamentale del nostro essere nel mondo. D'altro canto, il mondo non è una cosa, ma il campo di possibilità dell'umano trascendere.

Dunque l'esserci ek-siste nel senso stesso della parola, "sta fuori" ed "oltrepassa" la realtà in direzione della possibilità. Insistendo su tale differenza tra la propria concezione di esistenza e quella tradizionale, Heidegger può dire che l'essenza dell'essere umano è l'esistenza. Tuttavia, i modi d'essere dell'ek-sistere non sono descrivibili mediante categorie. Con esse si determinano le caratteristiche delle cose semplicemente presenti. Nel rapportarsi alla realtà, come ricorda anche Musil in *L'uomo senza qualità*, non dovremmo dimenticare lo spazio di apertura verso la possibilità: "Chi voglia varcare senza inconvenienti una porta aperta deve tener presente il fatto che gli stipiti sono duri: questa massima alla quale il vecchio professore si era sempre attenuto è semplicemente un postulato del senso della realtà. Ma se il senso della realtà esiste, e nessuno può mettere in dubbio che la sua esistenza sia giustificata, allora ci deve essere anche qualcosa che chiameremo senso della possibilità. Chi lo possiede non dice, ad esempio: qui è accaduto questo o quello, accadrà, deve accadere; ma immagina: qui potrebbe, o dovrebbe ac-

* Università degli Studi di Perugia, Dipartimento di Filosofia; responsabile scientifico formazione Associazione Mi fido di te.

** Psicologo dirigente Asl-Rieti, psicoterapeuta.

cadere la tale o tal altra cosa; e se gli si dichiara che una cosa è com'è, egli pensa: beh, probabilmente potrebbe anche esser diverso. Cosicché il senso della possibilità si potrebbe anche definire come la capacità di pensare tutto quello che potrebbe essere, e di non dar maggior importanza a quello che è, che a quello che non è". I modi d'essere dell'esistenza si determinano attraverso esistenziali, nei quali risiede la possibilità. Il rapporto tra uomo, cose, mondo, consiste dunque nel prendersi cura delle cose, mentre quello tra uomo e gli altri consiste nella cura delle persone. La cura è dunque la struttura fondamentale dell'essere nel mondo e si può manifestare in due modi.

Il primo consiste nel sottrarre agli altri le loro cure; il secondo consiste nell'aiutare gli altri ad essere liberi di assumersi le proprie cure: nel primo modo non ci si cura degli altri, ma delle cose da procurare loro; nel secondo si apre agli altri la possibilità di trovare sé stessi e realizzarsi: in questo orizzonte si inserisce la possibilità tra le possibilità che è quella di assumersi la responsabilità di dare la vita e curarsi/occuparsi di un'altra vita.

Fare attività di prevenzione, in tal senso, è occuparsi, rendersi responsabili dei messaggi che vengono veicolati in quel contesto: in particolare, una buona attività di prevenzione nel mondo scolastico riguarda sempre il cambiamento delle idee e dei pregiudizi che impediscono uno sviluppo armonico e creativo della persona.

1. Il progetto di prevenzione

Si è colta l'opportunità di poter esporre in questa pubblicazione l'esperienza sul campo relativa ad un progetto di prevenzione nato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Rieti e promosso dal Ministero della Gioventù, attuato in sei Istituti Superiori di Rieti e Provincia, grazie alla collaborazione con alcuni professionisti dell'équipe operante presso la struttura di Palazzo Francisci di Todi. L'esperienza di prevenzione promuove, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, una sensibilizzazione rispetto ad una problematica come quella legata ai Disturbi del Comportamento Alimentare, la cui emergenza sanitaria si inserisce nel più drammatico malessere esistenziale delle giovani generazioni.

Scegliere di parlare di prevenzione ha significato, non solo, avere la possibilità di esporre nelle sue caratteristiche il progetto realizzato all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, bensì di veder applicati nella realtà i diversi insegnamenti attraverso i quali ha preso corpo la formazione, subito restituiti ad una utenza, quale quella scolastica, che spesso è fatta oggetto di interventi da parte di agenzie sanitarie e non, tesi a promuovere la salute. È significativo specificare l'importanza del contesto scolastico come luogo privilegiato per incontrare i giovani e gli insegnanti: è infatti all'interno di esso che l'adolescente fa le prove generali per prepararsi alla "prima", che lo porterà sul palcoscenico dove si rappresenterà lo spettacolo della vita adulta. È a scuola che impara, sbaglia, fatica e maledice, s'innamora e si intristisce, impara la solidarietà e sperimenta l'individualismo, si uniforma, si omologa o contesta ed è sprezzante.

Accanto a lui o dinanzi a lui l'insegnante: egli può insegnare con passione o con disinte-

resse, può coltivare il pensiero critico dei suoi alunni, rafforzarli ogniqualvolta si assumano il rischio di avere e rivendicare idee proprie. Ciò è, in verità, possibile solo se lui stesso ha assunto tale rischio, se prende su di sé l'impegno di istruire (dal lat. erudio: istruire, erudire) e soprattutto, di educare (dal lat. educo: educare, formare, nutrire), impegno molto più gravoso in quanto, ed in questo si sottoscrive il pensiero di Galimberti, l'istruzione diviene un evento possibile solo ad educazione avvenuta: "La scuola ha a che fare con quella fase precaria dell'esistenza che è l'adolescenza, dove l'identità appena abbozzata non si gioca come nell'adulto tra ciò che si è e la paura di perdere ciò che si è, ma nel divario ben più drammatico tra il non saper chi si è e la paura di non riuscire a essere ciò che si sogna" (Galimberti, 2008). Si è scelto di citare le parole di Galimberti perché riescono magistralmente a definire l'adolescenza, evidenziando l'inevitabile drammaticità di questa epoca della vita tesa tra due opposti: il non essere ancora e il non riuscire a compiere il sogno del non ancora.

Freud scrisse a proposito della scuola che essa: "non deve mai dimenticare di avere a che fare con individui ancora immaturi, ai quali non è lecito negare il diritto di indulgere in determinate fasi, seppur sgradevoli, dello sviluppo. Essa non deve assumere la prerogativa di inesorabilità propria della vita, non deve voler essere più che un gioco di vita". (Freud S., 2003). Il gioco, è evidente, si rende molto più complesso se inserito nell'epoca attuale che, a differenza di quella freudiana, fa molta più difficoltà a sottostare a quell'imperativo sociale che induce l'individuo a dover rinunciare al soddisfacimento delle proprie pulsioni, pena il suo distacco da quell'idea di civiltà che Freud definì come "somma delle realizzazioni e degli ordinamenti che differenziano la nostra vita da quella dei nostri progenitori animali e che servono a due scopi: a proteggere l'umanità dalla natura e a regolare le relazioni degli uomini tra loro". (Freud S., 2003). La civiltà attuale non rafforza certo la rinuncia ad un appagamento delle pulsioni, ad una forma di soddisfacimento immediato, anzi lo impone con forza in nome di una spregiudicata corsa al godimento. Come può affermarsi la virtù della rinuncia intesa soprattutto come capacità di dilazionare il desiderio e l'appagamento di esso, se essa viene a perdere di senso, sottraendo alle giovani generazioni e non solo, uno dei tanti principi etici ormai perduti?

2. Il ruolo della scuola e degli insegnanti nella prevenzione

La scuola è il luogo dove gli adolescenti trascorrono una buona parte della loro giornata, intrattenendosi più tempo con i loro insegnanti che non con i genitori o con altri adulti significativi. Spesso sono proprio gli insegnanti le prime persone adulte che i giovani cominciano a sfidare, è a loro che guardano con stupore, con scetticismo o con sarcasmo, è a loro che chiedono di non essere traditi, sono loro che rimproverano con rabbia e amarezza se si sentono delusi.

Nell'attuale disagio della classe insegnante, disagio che non è certo difficile far rientrare nel più ampio scenario del disagio di un'epoca, ci si chiede come la prima possa tornare ad una naturale disposizione all'ascolto, il più possibile scevro da pregiudizi; in realtà l'in-

segnante dovrebbe essere aperto all'accadere delle cose, capace di lasciar fluire l'esperienza dell'insegnamento in un continuum inesauribile di stimolazioni date ed altrettante ricevute, una persona che provi a dare un senso alle proprie domande di senso. Si avverte sempre più il bisogno di avere insegnanti disposti ad andare oltre, oltre la scarsa volontà di uno studente o della sua apatia o della sua motivazione al sapere, anzi quello che socraticamente tende a non possedere il sapere ma a nutrire amore per esso, senza mai cessare di interrogarsi e mettere in crisi le opinioni collettive.

Gli insegnanti spesso si lamentano del fatto che il loro ruolo non è quello di sostituirsi agli psicologi né tantomeno ai genitori, obiezione che appare legittima. In realtà la richiesta che si è tentati di rivolgere all'insegnante, è piuttosto quella di evitare di porsi di fronte agli alunni carichi spesso di nervosismo, di delusione o peggio di frustrazioni reiterate nel tempo; se tutto questo è il peso che l'insegnante porta con sé quando entra in classe, come suggerisce Galimberti, non rimane che "chiudere la porta alle nostre spalle e non tornarci più, perché non possiamo consegnare all'inedia e alla depressione quella stagione così esuberante e inquieta della vita che si chiama adolescenza" (Galimberti, 2001). La complessità del mondo attuale si rispecchia sfacciatamente in quello giovanile, ogni adulto dovrebbe sentirsi impegnato a non limitarsi ad educare i giovani all'esercizio fisico ed intellettuale, bensì ad insegnare loro a prendersi cura dei sentimenti, delle emozioni, degli entusiasmi e delle paure. Se abbandonati a loro stessi di fronte a questo magma esistenziale, useranno strumenti che non sanno ancora maneggiare; l'alternativa è quella di rifugiarsi in scellerate derive esistenziali come l'uso di sostanze, il gesto omicida, lo stupro di gruppo, la malattia mentale e tutte quelle manifestazioni di vita che abortiscono sul nascere la futura struttura identitaria. Nel mondo attuale, l'adempimento morale del dovere, come affermato sopra, è soppiantato dal godere, anzi come sottolinea Recalcati nel "dover godere, del godere come una nuova forma paradossale del dovere" (Recalcati, 2005). Il consumismo come faro oscurante di un orizzonte di senso, dal quale i giovani sono inghiottiti, appagati da quell'effimera felicità che si esaurisce troppo presto, per ripresentarsi ogni volta più urgente e violenta.

È di fronte a tutto questo che gli adulti, in questo caso gli insegnanti, restano spettatori a volte passivi; come possono assistere a questo senso di inquietudine, di vuoto non riempito o meglio della presenza di vuoti di cui si procrastina il riempimento? L'insegnante è tenuto a rintracciare quel desiderio che ciascuno di noi avverte come risposta alla mancanza. Se invece questa viene riempita con falsi miti, evanescenti simboli e modelli di riferimento artefatti ed ingannevoli, allora la scuola è doppiamente colpevole: per non aver colto l'assenza di desiderio e per aver scambiato questo per indolenza, per scarso rendimento.

Il refrain che spesso i genitori sentono riproporsi a proposito dei loro figli è che quel loro figlio è svogliato pur essendo intelligente, è distratto pur cogliendo l'essenzialità degli argomenti trattati, gli stessi che altri non colgono. Quando il sapere non riesce a nutrire la passione, quando non compare il desiderio di apprendere, di conoscere, di cercare risposte nel luogo elettivo del domandare, allora nella scuola c'è forse un problema di co-

municazione, di trasmissione. L'insegnante si fa scudo a volte con l'urgenza di dover portare a termine il programma scolastico, perché non c'è tempo, perché le scolaresche sono numerose, perché è precario o perché insegna in tre scuole diverse.

Per le ragioni esposte prima e per molte altre, il docente viene così derubato di quello che si reputa essere uno degli aspetti più significativi dell'insegnamento: egli ignorerà tutto quello che accade fra lui e i suoi studenti ma soprattutto fra lui e l'allievo poco diligente, rinunciando a riempire di significato quello speciale spazio che esiste fra loro, spazio pieno o vuoto nel quale si instaura comunque una relazione delicata e preziosa. Perché nel rinunciare a cogliere la sfida di potercela fare proprio con colui che fatica ad avere la sufficienza, eppure non ha lo sguardo opaco, si avverte che non è la fatica di chi non ce la può fare a tagliare il traguardo per superarlo, anzi se ne intravede, negandola, la tensione desiderante. Per non rischiare di pensare la scuola come un luogo atto a dispensare sapere solo a coloro che non ne hanno bisogno, auguriamoci di vederla trasformata nel luogo dove la diversità venga accolta, ascoltata, dove si promuova una cultura dell'unicità e del desiderio di sapere, come unica condizione di autenticità.

Nel lavoro di prevenzione nell'ambito del Progetto DCA, per docenti e studenti, condotto nelle scuole di Rieti, si è tenuto fede a questi impegni, mantenendo il più possibile la modalità di presentazione del materiale personalizzata e finalizzata allo sviluppo delle capacità umane. Come emerge dai dati estrapolati dai questionari rivolti agli alunni ed agli insegnanti, analizzati e presentati in questa pubblicazione, nell'articolo che segue questo lavoro, è possibile ipotizzare una precisa linea interpretativa, che consente, anche alla luce delle criticità emerse, riflettere sulle prospettive future nell'ambito della prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

3. Un approccio interdisciplinare

Troppo spesso ormai, scrivere o parlare di prevenzione può rappresentare una sorta di sfida sempre alla ricerca di nuovi sistemi, di idee nuove, di strumenti diversi e più raffinati, come se fosse una competizione fra i diversi specialisti del settore, a voler proporre l'idea più originale e soprattutto la metodologia più efficace. Il progetto presentato si è effettuato attraverso un intervento sviluppato secondo due principi fondamentali, riconducibili all'interno del quadro tracciato dalla letteratura scientifica negli ultimi anni, senza tralasciare la considerazione dell'aspetto multidisciplinare che caratterizza il lavoro terapeutico in ambito DCA.

Il riferimento principale è stata l'idea di promozione della salute proposta dall'OMS, secondo la quale la prevenzione deve rispondere alla diffusione del concetto basilare del benessere psico-fisico. Il disturbo alimentare si inserisce pertanto nello spettro più ampio del disagio adolescenziale; è legato e rinforzato dal contesto socio-culturale, oltreché familiare, quindi un piano di prevenzione deve necessariamente considerare i diversi piani di condizionamento, senza concentrarsi rigidamente solo su di essi.

È, inoltre, importante sottolineare che i Disturbi del Comportamento Alimentare, dovreb-

bero rientrare in tutti i progetti di prevenzione primaria e secondaria all'interno dello spettro dei disturbi dell'età evolutiva. Si ritiene elettiva la scelta della scuola come luogo d'incontro dei giovani e degli insegnanti, questo non significa che si reputi meno importante l'attuazione di ogni altro intervento preventivo rivolto ad altre agenzie sanitarie come i medici di medicina generale, la medicina sportiva, le palestre, che più facilmente intercettano una domanda di cura o più semplicemente un disagio. Se si forniscono strumenti più adatti per diagnosticare o semplicemente conoscere, per poi ri-conoscere più o meno evidenti segnali di disagio, allora si sarà compiuta quell'opera di sensibilizzazione che è alla base di ogni serio programma di prevenzione.

La prevenzione è caratterizzata da interventi tesi ad evitare i fattori di rischio, quei fattori che aumentano la possibilità che una persona sviluppi una malattia, e a favorire i fattori protettivi che diminuiscono la possibilità che una persona sviluppi una malattia e che possono essere controllati. La Prevenzione Primaria è rivolta a soggetti esenti da malattia, diretta ad evitarne l'insorgenza; quella Secondaria si rifà alla diagnosi e cura precoce, rivolta a soggetti che si sono ammalati da poco, essa è tesa ad evitare che la malattia si cronicizzi provocando danni durevoli se non irreversibili; la prevenzione Terziaria, infine, è rivolta a persone che sono già ammalate da lungo tempo, essa è tesa a ridurre i deficit permanenti e a potenziare le capacità residue.

Come è ormai noto, l'approccio preventivo basato sull'informazione, aumenta le conoscenze sui DCA e l'alimentazione ma ha scarsissime probabilità di influenzare e modificare credenze e motivazioni sottostanti, così pure si dimostra inefficace rispetto al miglioramento dell'immagine corporea in quanto gli adolescenti continuano a perseguire un'immagine idealizzata del corpo. Alcuni autori (Carter, Stewart, Dunn e Fairburn, 1997) hanno dimostrato che questo tipo di approccio può rivelarsi addirittura dannoso perché aumenta la conoscenza dei DCA, fornendo informazioni che possono stimolare gli adolescenti a sperimentare pratiche nocive come l'uso di metodi di compenso per mantenere il corpo sotto controllo.

Il tipo di prevenzione attuato nelle scuole di Rieti e Provincia è ovviamente di tipo primario, in accordo con quanto suggerisce il *Committee on prevention of mental disorders of the institute of medicine*, la classica tripartizione in realtà dell'approccio preventivo, fa solo della prevenzione primaria, l'unica categoria nella quale rientrano i programmi preventivi.

Si è accennato ai fattori di rischio e a quelli di protezione, è dall'equilibrio fra essi che si determina la vulnerabilità di un individuo nei confronti di una malattia. Tuttavia il pensiero comune dei professionisti che svolgono attività di prevenzione seguendo i criteri guida del presente progetto, è che al centro di ogni analisi rimanga l'uomo e non la sua malattia: la domanda rimane centrata sempre sull'esistenza. Allo stato attuale delle ricerche e degli studi effettuati, non si ha una indicazione particolare rispetto all'individuazione di specifici fattori di rischio ai quali rivolgere i programmi di prevenzione, che è come dire che non si sa ancora perché un adolescente esposto all'azione di più fattori di rischio, possa non sviluppare un disturbo alimentare a paragone di un suo coetaneo che, seppur esposto a minor rischio, si ammala.

Non è facile prevedere se dalla combinazione di alcuni fattori di rischio, piuttosto che di altri, in stadi evolutivi diversi, potrà comparire l'insorgenza di un DCA; è compito molto arduo, ai fini preventivi, tentare di individuare soggetti già portatori di leggeri sintomi premonitori, in quanto spesso quest'ultimi sono da interpretare come segnali esasperati che costellano spesso il mondo dell'adolescente: "Se le sfere risultano mobili, vi è qualcosa che invece si ferma: il disturbo alimentare. Il tempo della malattia cristallizza il passato ed elimina il futuro, blocca il processo di crescita e costringe la psiche del soggetto a fermarsi, a convogliare tutti i suoi meccanismi su di un'unica istanza, considerandola come la sola soluzione efficace ad ogni problema esistenziale" (Ladogana, 2006).

Secondo l'approccio di promozione della salute; l'ambito privilegiato rimane quello scolastico, con interventi formativi rivolti a studenti, docenti e genitori di scuole medie, inferiori e superiori. I corsi sono così stati organizzati secondo un approccio multidisciplinare: psico-pedagogico, fenomenologico-esistenziale, nutrizionale ed esperienziale. In quest'ottica l'équipe formativa ha previsto la presenza di figure professionali diverse e complementari, quali il medico, lo psicologo, il nutrizionista, il filosofo. Tra le metodologie di questo itinerario formativo sono, inoltre, previsti laboratori relazionali, guidati da tutor d'aula specializzati.

Si è scelto di dare uno spazio particolare alla figura del filosofo per evidenziare l'originalità, non solo della sua presenza all'interno dell'attività di prevenzione, ma soprattutto per rimarcare la sfida dei professionisti di Palazzo Francisci che hanno saputo mettere in dialogo una nuova idea di cura che unisce la domanda sul come della medicina a quella sul perché delle scienze umane appartenente alla cultura filosofico-umanistica. Il filosofo, a contatto con i ragazzi e gli insegnanti, ha provocato quel tipo di riflessione che attiva le domande, le semplifica, riesce con disinvoltura a parlare della bellezza o della sofferenza o della gioia senza nominare i grandi della letteratura o della filosofia: ci si può intrattenere con i ragazzi e con coloro che hanno il nobile compito di educarli, con l'umiltà di chi conosce molto e sa restituire qualcosa che va al di là del sapere stesso. È difficile misurare l'intervento con il filosofo in termini di utilità, forse è più giusto ricorrere al criterio della significatività, della risonanza interiore che può provocare nel formulare domande, nell'invitare a sospendere il giudizio per individuare semmai la presenza del pregiudizio, nello stimolare il pensiero critico. In questo senso, l'affermazione del filosofo cinese Tchouang Tse per cui *tutti conoscono l'utilità dell'utile, ma pochi quella dell'inutile*, è stata per noi una risorsa importante, insieme a quanto sostenuto da Benasayag e Schmit i quali affermano che "l'utilità dell'inutile è l'utilità della vita, della creazione, dell'amore, del desiderio[...]. L'inutile produce ciò che ci è più utile, che si crea senza scorciatoie, senza guadagnare tempo al di là del miraggio creato dalla società" (Benasayag, Schmit, 2009).

Le nuove forme di comunicazione nel loro continuo sviluppo costituiscono parte integrante del linguaggio delle giovani generazioni e richiedono pertanto una costante capacità di ridefinizione dell'azione educativa, come dimostrato anche da tutti gli ultimi studi condotti nell'ambito dei risultati circa la formazione in ambito scolastico.

Sulla base delle esperienze condotte in questi anni è stato possibile appurare che l'approccio multidisciplinare è quello che permette di ottenere risultati migliori, per sviluppare efficacemente le attività di prevenzione dei comportamenti a rischio, ma anche per favorire la socializzazione all'interno dei gruppi e per promuovere la partecipazione attiva dei soggetti. In quest'ottica l'équipe formativa prevede la presenza di figure professionali diverse e complementari, ogni aspetto è coordinato da figure con competenze specifiche in quel settore d'intervento per far partecipi i destinatari ai quali il messaggio si rivolge, impegnandoli in modo diretto nell'acquisizione di comportamenti utili per la prevenzione e la tutela della propria crescita e della propria salute.

La prevenzione nelle scuole è uno dei fronti più importanti sui quali si svolge la lotta contro la diffusione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, ma altrettanto importante è quello del riconoscimento, da parte dei docenti, dei sintomi e del trattamento della patologia una volta che questa si sia manifestata. Saper cogliere e riconoscere determinati segnali può consentire una più precoce diagnosi e, quindi, una possibilità maggiore di guarigione.

Su questo fronte l'intervento di informazione e formazione svolto con i docenti si è incentrato principalmente su fornire indicazioni concrete per conoscere, riconoscere e gestire situazioni legate allo sviluppo di un DCA, sottolineando, in primo luogo, l'importanza, qualora si rilevi una situazione particolare, di rivolgersi in primo luogo alla famiglia e quindi a specialisti del settore. All'interno di un complesso lavoro in équipe il ruolo dell'insegnante resta comunque centrale, anche per far capire che queste sono patologie delle quali non ci si deve vergognare, che vanno affrontate e combattute perché si possono vincere. Ugualmente è bene evitare particolari riferimenti specifici alla patologia con il soggetto interessato; soprattutto è importante gestire bene il rientro del paziente in classe: vanno ad esempio evitati riferimenti al cibo, alle forme corporee, all'attuale stato fisico del soggetto interessato. Un semplice commento, anche banale, rischia di innescare una serie di pensieri a catena nel ragazzo o nella ragazza che si chiederà se il suo aumento sia visibile o esagerato.

Per il resto, nella massima serenità e tranquillità, si è cercato di far comprendere quanto sia importante conoscere questo disturbo per saperlo gestire e, soprattutto, prevenire, nella convinzione che la più grande prevenzione e il più efficace trattamento siano nel recupero della cura dei ragazzi, delle loro aspettative, dei loro bisogni, per un'educazione basata sulla relazione libera e creativa in modo che nessuno si senta insignificante o inutile. Le parole di Jung ci ricordano che il processo di sviluppo di ogni individuo porta ad una meta, quella dell'individuazione che assume il significato di "diventare un essere singolo [...] diventare se stessi, attuare il proprio Sé" (Jung, 1989); riflettere su questo ci ha permesso di sottolineare che il processo di individuazione non è un percorso che risparmia l'uomo dal confronto con il mondo esterno, in quanto ha due aspetti fondamentali: da un lato è un processo d'integrazione interiore, soggettivo; dall'altro è un processo oggettivo, altrettanto essenziale, di relazioni. Sono queste le relazioni alle quali dovremmo offrire nuove parole.

Bibliografia

Benasayag M., Schmit G., *L'epoca delle passioni tristi*, tr. it., Feltrinelli, Milano 2009

Freud S., *Disagio della civiltà*, tr. it. in *Opere*, Vol. X, Boringhieri, Torino 2001.

Id., *Contributi a una discussione sul suicidio*, tr. it. in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino 2003.

Galimberti U., *Il segreto della domanda*, Feltrinelli, Milano 2001.

Id., *L'ospite inquietante*, Feltrinelli, Milano 2008.

Heschel A.J., *Chi è l'uomo?*, trad. it., ed. SE, Milano 2005.

Ladogana S., *Lo specchio delle brame. Mass media, immagine corporea e disturbi alimentari*, Franco Angeli, Milano 2006.

Jung C.G., *L'io e l'inconscio*, tr. it. in *Opere*, Vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino 1989.

CARLA MARIA MATTEUCCI*,
MICHELA ANGELETTI**, **CHIARA BURINI*****,
CHIARA DE SANTIS****, **FRANCESCA PIEROTTI*******
DIVENTA CIÒ CHE SEI:
RISULTATI DELLA FORMAZIONE
MULTIDISCIPLINARE NELLE SCUOLE DI RIETI

Premessa

Tra gli obiettivi principali del Piano Sanitario Nazionale, il Ministero della Salute ha inserito la lotta all'obesità e ai Disturbi del Comportamento Alimentare, allo scopo di diminuire il numero di persone affette da queste serie patologie, promuovendo campagne di prevenzione rivolte per lo più ai giovani al fine di promuovere sane condotte alimentari. A maggio dello scorso anno è stata accettata da parte del Ministero della Gioventù, la richiesta inoltrata dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ASL di Rieti di compartecipazione economica ai fini della realizzazione di una attività di prevenzione riguardante i Disturbi del Comportamento Alimentare presso sei Istituti Superiori di Rieti e Provincia. Tale progetto rappresenta l'esito di una fruttuosa collaborazione con l'équipe di formazione dell'Associazione *Mi Fido di Te*, legata a Palazzo Francisci di Todi, struttura appartenente alla ASL 2 di Perugia, considerato centro di eccellenza a livello nazionale per il trattamento dei DCA.

Anche in questo progetto l'équipe, fortemente caratterizzata da una multidisciplinarietà delle singole competenze, ha presentato dei moduli condivisi che attingono a pieno dall'esperienza di formazione acquisita con numerosi interventi in diverse Regioni. Aderendo al modello terapeutico di Palazzo Francisci, le differenti professionalità esplicano la loro funzione in totale sinergia nella produzione di contenuti originali, strutturati di volta in volta sugli specifici bisogni formativi, sensibili ai mutevoli contesti di riferimento dei destinatari; l'intento è quello di poter agire con tempestiva efficacia sui fattori protettivi legati all'insorgenza del disturbo alimentare.

Tale patologia riguarda, nella maggioranza dei casi, la popolazione in età scolare, in par-

* Psicologo dirigente Asl-Rieti, psicoterapeuta.

** Consulente per la comunicazione d'impresa.

*** Educatrice professionale, laureata in consulenza pedagogica e coordinamento di gruppi di formazione.

**** Dottore di Ricerca in Filosofia; coordinatrice équipe di formazione Associazione Mi fido di te.

***** Dottoranda di Ricerca in Semiotica, Università di Siena.

ticolare la fascia d'età compresa tra i 12 e i 25 anni, con una media d'insorgenza a 17 anni; sono malattie gravi, spesso dall'esito infausto, tanto che rappresentano la prima causa di morte tra quelle psichiatriche nei soggetti di quest'età. I DCA rappresentano una patologia che sta incrementando e mutando nelle forme in cui si manifesta; sono in aumento i casi insorgenti nel periodo della seconda infanzia, così pure i soggetti maschili e, in modo particolare, si deve rilevare la comparsa di nuove modalità di disagio come il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, l'Ortoressia, i Disturbi non Altrimenti Specificati ed alcune condotte ad essi associate come le tossicomanie, autolesionismo, disturbi della condotta e non ultimi i Disturbi della Personalità.

Fra la popolazione degli adolescenti, la distanza tra maschi e femmine si sta restringendo: tra i 13 e 17 anni la percentuale dei ragazzi è circa il 20%, nella patologia alimentare, il rapporto maschi-femmine è 3/4. Tale forbice è destinata ad accorciarsi perché le patologie legate ai Disturbi del Comportamento Alimentare che, fino a pochi anni fa, appartenevano essenzialmente al mondo femminile, oggi sono presenti in maniera crescente anche nel mondo maschile, specie nelle due sindromi più diffuse, l'Ortoressia e la Bigoressia. Ormai è dimostrato che l'aspetto legato alla pratica esagerata di un'attività sportiva (Sharp, 1994) caratterizza maggiormente la popolazione di sesso maschile, a differenza degli aspetti legati all'età d'insorgenza o allo status socio-economico (Crisp, 1972), che non differirebbero significativamente tra i due sessi.

Tenuto conto dei fattori legati all'età e alla profonda connessione del disturbo con il contesto di riferimento, la scuola risulta essere un luogo privilegiato per poter attuare delle strategie di prevenzione volte ad un reale cambiamento del comportamento, individuale e sociale; il rafforzamento dell'autostima, la consapevolezza del proprio corpo, la visione critica verso i modelli di bellezza proposti e i meccanismi comunicativi mediatici sono solo alcuni degli argomenti trattati per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione. Sottolineiamo quindi con forza la necessità di formazione di qualità espressa dagli studenti, nonché dagli stessi docenti veicolata dalla scuola, nel rafforzamento dei fattori protettivi come risposta alle difficoltà contemporanee di crescita identitaria.

1. Obiettivo e destinatari del progetto

L'obiettivo principale del progetto di prevenzione è duplice: in primo luogo l'attività di prevenzione con alunni di sei Istituti Superiori, di cui quattro situati in città e due in Provincia, mirata ad aumentare i fattori di protezione rispetto ai fattori di rischio legati alle patologie alimentari, ovvero quelli temperamentali, traumatici e familiari che, se si intersecano con quelli legati all'insoddisfazione del corpo e ad una debole fisionomia identitaria, possono esitare nella comparsa di un disturbo alimentare.

Si è inoltre insistito sul rafforzamento dell'autostima attraverso un discorso più allargato di prevenzione del disagio giovanile al quale, specie nella bulimia, possono correlarsi comportamenti legati all'abuso di alcool, all'uso di sostanze stupefacenti, atteggiamenti autolesivi e comunque al palesarsi di un disagio profondo, che rintraccia in ogni forma di

dipendenza lo smacco del paradigma identitario.

Il secondo livello è rappresentato dall'attività di formazione rivolta agli insegnanti degli stessi istituti, improntata al perseguimento di tre obiettivi specifici:

- percorso conoscitivo delle problematiche legate ai DCA;
- affinare la capacità di riconoscimento e lettura di un disagio di alcuni alunni che, se avvertito in tempo, avrà minore possibilità di sfociare in una patologia franca, la cui cura può richiedere tempi lunghi e gravi sofferenze per chi ne è affetto e per coloro che gli vivono accanto;
- acquisizione di maggiori strumenti per correggere atteggiamenti e modi di pensare, amplificando la capacità di ascolto dell'insegnante.

L'attività di formazione prevista per gli insegnanti è stata rivolta a tutti i docenti degli Istituti prescelti, in particolar modo a quelli i cui alunni sono stati inseriti nel progetto di prevenzione. La scuola è luogo di riferimento per alunni, insegnanti, operatori scolastici e, non ultime, le famiglie. Si è convinti che essa possa rinnovare la sua funzione di agenzia privilegiata alla promozione della salute, attraverso il potenziamento dei processi di partecipazione e collaborazione, basilari ai fini di una crescita sana dell'adolescente. Quest'ultimo percorre al suo interno un significativo tratto della vita, che vede delinearsi il percorso di individuazione rispetto alla famiglia, al gruppo dei pari e alla comunità, per poi affacciarsi al mondo adulto. L'attività di prevenzione è rivolta alle terze classi dei seguenti Istituti Superiori di Rieti e Provincia:

- L'I.P.S.S.A.R.(Ist. Alberghiero) "Costaggini" di Rieti (tre sezioni)
- Liceo Classico "M.T.Varrone" di Rieti (due sezione)
- Liceo Artistico "M.T.Varrone" di Rieti(due sezioni)
- Liceo Scientifico"C. Jucci" di Rieti (due sezioni)
- Liceo Scientifico e Classico " L. Rocci" di Passo Corese (tre sezioni)
- Istituto Onnicomprensivo " S. Pertini" di Magliano Sabina (unica sezione)

La scelta di rivolgersi alle terze classi è dettata dalla considerazione della fascia d'età compresa fra i 16 e 17 anni, corrispondente all'apice d'insorgenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Si è voluto scegliere una campionatura di popolazione scolastica che, seppur identica rispetto al dato anagrafico, si differenziasse per indirizzo di studi (classico, artistico, scientifico e un indirizzo professionale), per ubicazione, tra quelle situate in ambito cittadino, e quelle situate in una parte del territorio della "bassa Sabina", limitrofo a Roma, caratterizzato da una diversa realtà socio culturale e ambientale.

2. Metodologia operativa e presentazione del questionario

Il lavoro dell'équipe pone l'attenzione sulla valutazione dei processi di formazione e prevenzione portati avanti nei diversi istituti del comprensorio di Rieti; ciò stimola una riflessione condivisa sul ruolo della valutazione come momento necessario, e non accessorio, di qualsiasi progetto di formazione.

Non può e non deve essere intesa come momento di criticità ma come una ricchezza di sguardo che vada oltre: i momenti della preparazione, realizzazione e valutazione

sono fra loro necessariamente interconnessi, tanto più in una formazione mirata a prevenire patologie psichiatriche, che si muove in una linea in cui è forte l'ambiguità della relazione fra progettista e ambiente di riferimento e che richiede, ancora di più, una visione globale del processo.

Come ricorda M. Castagna (1999), “le ragioni per cui varrebbe la pena di valutare la formazione sono numerose e riguardano sia aspetti tecnico-professionali, sia fattori di opportunità e di politica formativa”. Potremmo riassumerle certamente nella possibilità di migliorare la formazione, opportunità di crescita per l'équipe con un *feedback* preciso, con garanzie di qualità dei processi formativi all'interno delle diverse istituzioni, ampliando il discorso verso un approccio interpretativo della valutazione, che faccia nascere delle domande di significato in chi lavora negli ambiti di prevenzione. D. Lipari (2009), riprendendo una riflessione precedente di G. Berger, sottolinea che “porsi il problema del significato è già in un certo senso un modo di produrre significato e l'atto valutativo, così concepito, diventa il momento chiave, l'essenza stessa dell'azione”.

La formazione può essere valutata su diversi livelli, a seconda dell'esigenza e delle possibilità che si hanno durante il percorso formativo; secondo uno dei modelli più esemplificativi (Kirkpatrick, 1996) i fattori che si indagano principalmente sono relativi a:

- reazione alla formazione (il gradimento del corso e reazioni a caldo);
- apprendimento
- comportamento
- risultati nell'organizzazione (in questo caso l'Istituzione Scuola).

A questi quattro temi se ne aggiunge un quinto, volto a verificare il rendimento di quell'investimento formativo, utile soprattutto per progetti nella pubblica amministrazione.

La maggior parte della valutazione che viene effettuata inerisce alle prime due sfere d'indagine, in particolar modo alla reazione al progetto, che è quella che abbiamo scelto di trattare nel nostro lavoro sicuramente per la praticità, il basso costo dato da un questionario da compilare e il poco tempo disponibile con i ragazzi e gli insegnanti; indagare questo aspetto della formazione permette inoltre di avere risposte riguardo le caratteristiche personali legate alla motivazione dei riceventi, caratteristiche situazionali che illustrano l'efficacia dei formatori e la loro capacità di comunicazione, gli outcome affettivi (motivazione e *self efficacy* post formazione), gli *outcome* cognitivi e, infine, quelli organizzativi (Sietzman et al., 2008). Tuttavia attraverso le domande aperte si è indagato in parte anche l'apprendimento e la sua modificazione rispetto alle conoscenze pregresse.

Il campione del progetto si è presentato abbastanza omogeneo, apprezzabile come numero, che avrebbe potuto sviluppare indagini più accurate e specifiche in base a fattori interessanti, quali i luoghi di provenienza e una ricerca comparativa fra i diversi istituti. Il campione totale di riferimento è costituito da 201 studenti, 88 dei quali di sesso maschile e 113 di sesso femminile; nonostante sia stata posta attenzione alla significatività delle risposte in base alla differenza di genere, non è stata riscontrata una differenziazione apprezzabile. Tale esigenza è di rilevanza primaria nelle peculiarità dell'insorgenza e sintomatologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Questionario per la valutazione dell'attività di prevenzione in ambito DCA (studenti)

LEGENDA	<input type="checkbox"/> 2: POCO	<input type="checkbox"/> 4: MOLTO
<input type="checkbox"/> 1: IN NESSUN MODO	<input type="checkbox"/> 3: ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> 5: MOLTISSIMO

Età SESSO M | F SCUOLA

1) In quale misura il corso ha corrisposto alle tue aspettative?

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA

2) Coma valuti il corso dal punto di vista di

ORGANIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CONTENUTI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DURATA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DOCENZA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
MATERIALE DIDATTICO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3) Quali sono gli aspetti che potrebbero essere migliorati?

.....
.....

4) Prima del corso avevi già una conoscenza dei DCA?

SÌ | NO

Se sì, attraverso quale fonte?

GIORNALI TELEVISIONE SCUOLA
 INTERESSE PERSONALE

5) É cambiata la tua idea nei confronti di questa patologia?

SÌ | NO

Se sì, in cosa?

.....
.....

6) Credi che sia importante la prevenzione?

SÌ | NO

7) Secondo te quali sono i fattori più importanti da sviluppare nella prevenzione?

SVILUPPARE L'AUTOSTIMA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IMPARARE A CHIEDERE AIUTO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SAPER AFFRONTARE CON SERENITÀ LE DIFFICOLTÀ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IMPARARE AD ASCOLTARSI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CONOSCERE I RISCHI					
ALTRO					

8) Osservazioni

.....
.....

Questionario per la valutazione dell'attività di formazione in ambito DCA (docenti)

LEGENDA	<input type="checkbox"/> 2: POCO	<input type="checkbox"/> 4: MOLTO
<input type="checkbox"/> 1: IN NESSUN MODO	<input type="checkbox"/> 3: ABBASTANZA	<input type="checkbox"/> 5: MOLTISSIMO

ETà SESSO M | F SCUOLA

1) In quale misura il corso ha corrisposto alle tue aspettative?

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA

2) Come valuta l'esperienza di partecipazione al corso dal punto di vista di

ORGANIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CONTENUTI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DURATA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DOCENZA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
MATERIALE DIDATTICO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3) Quali sono gli aspetti che potrebbero essere migliorati?

.....
.....

4) Come valuterebbe la sua conoscenza dei DCA prima del corso?

INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA

5) É cambiata la sua idea nei confronti di questa patologia? SI | NO

Se sì, in cosa?

.....
.....

6) Ha mai dovuto confrontarsi con la realtà della patologia nello svolgimento della sua attività professionale? SI | NO

Come si è sentito in quell'occasione?

.....
.....

7) Secondo lei quali sono i fattori più importanti da sviluppare nella prevenzione?

SVILUPPARE L'AUTOSTIMA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IMPARARE A CHIEDERE AIUTO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SAPER AFFRONTARE CON SERENITÀ LE DIFFICOLTÀ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IMPARARE AD ASCOLTARSI	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CONOSCERE I RISCHI					
ALTRO					

8) Osservazioni

.....

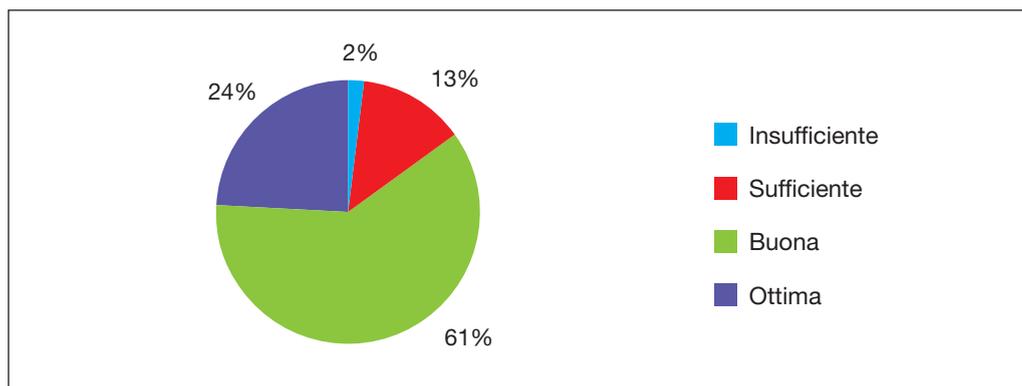
3. Interpretazione ed analisi dei risultati dei questionari per gli studenti

Dall'analisi delle risposte fornite nel questionario è risultato come sia fortemente sentita l'esigenza da parte degli studenti di percorsi di formazione in questo settore; la presenza nel questionario di una duplice tipologia di risposte, sia aperte che con scelte a risposta multipla, ha inoltre permesso di evidenziare la complessità delle risposte fornite.

3.1. Quesiti a risposta multipla

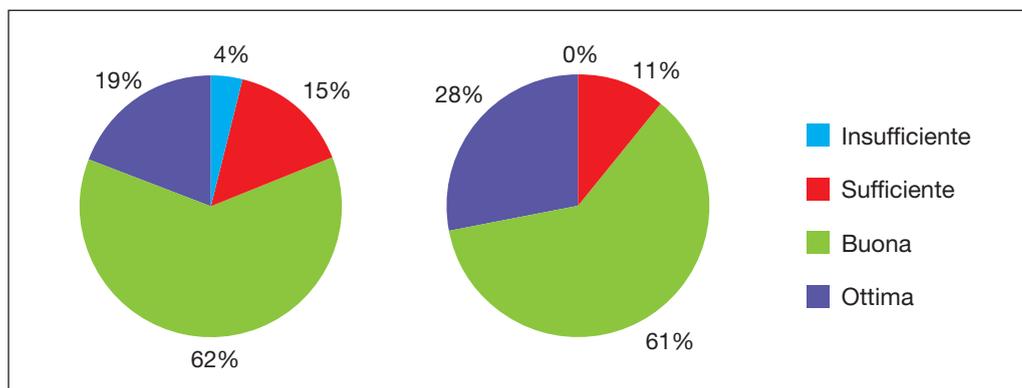
Nonostante l'obbligatorietà del corso, le risposte degli studenti hanno mostrato un altissimo livello di gradimento (Fig. 1), indicando per il 24% un gradimento Ottimo e per il 61% un gradimento Buono. Tenendo conto di entrambi i fattori si arriva all'85%, considerando anche che, eliminando la valutazione insufficiente del corso, si arriva ad una quasi totalità di gradimento del campione.

Fig. 1 – Apprezzamento nei confronti del corso



Come si può vedere dai grafici, non si rilevano significative differenze fra i due campioni; è da rilevare la totale assenza di risposte negative all'interno del campione femminile (Fig. 2).

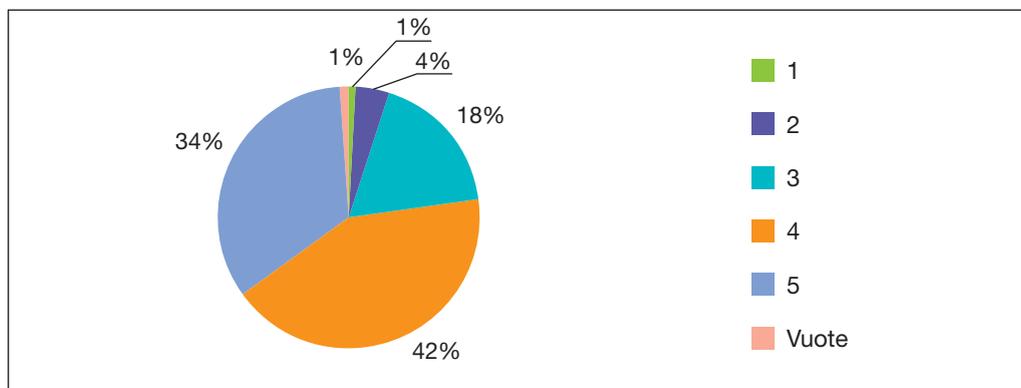
Fig. 2 – Dati campione maschile e femminile



Tenuto conto nel sostanziale apprezzamento manifestato nei confronti del corso, il secondo item, ha cercato di indagare il gradimento specifico di alcuni fattori, quali, l'organizzazione del corso, i contenuti trattati, la durata dell'esperienza, la docenza e il materiale didattico utilizzato: l'analisi ha evidenziato come significativi alcuni specifici aspetti.

In primo luogo l'aspetto dei contenuti: come si evince dal grafico (Fig. 3), il 76% degli studenti ha mostrato un apprezzamento significativo degli argomenti trattati, con il 34% di punteggio massimo di gradimento.

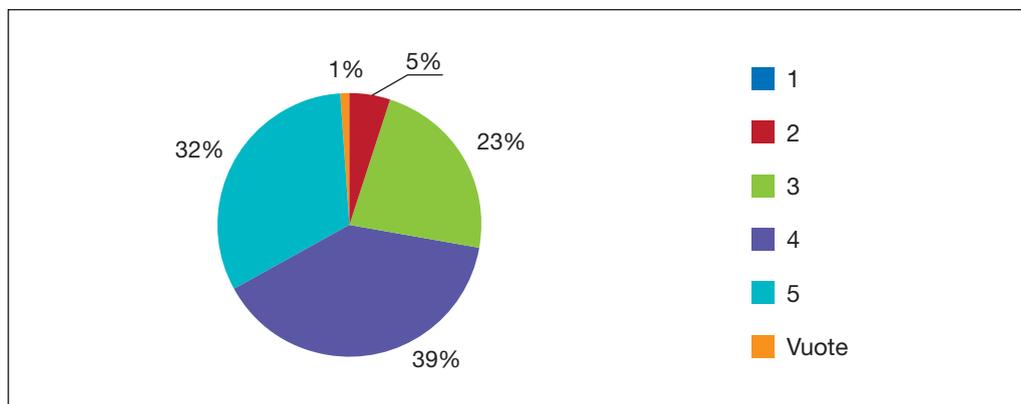
Fig. 3 – Gradimento dei contenuti



Un altro elemento significativo è il dato relativo alla docenza: il 71% delle risposte ha indicato un elevato apprezzamento delle figure dei docenti; il 32% degli studenti ha infatti valutato con il massimo giudizio l'operato delle differenti professionalità (Fig. 4).

I fattori che probabilmente sono alla base di una valutazione tanto positiva pensiamo possano essere ricondotti alla modalità interattiva e all'attenzione posta ad un linguaggio sensibile ai destinatari dei contenuti stessi.

Fig. 4 – Gradimento dei docenti



Un altro *item* che ha dato risposte significative è, a nostro avviso, il quarto che interrogava i ragazzi in merito all'esistenza di conoscenze precedenti dalla patologia e alle fonti d'informazione principale; lo stesso quesito richiedeva anche un confronto tra queste conoscenze per evidenziare la presenza di un possibile cambiamento nella considerazione complessiva dei Disturbi del Comportamento Alimentare; è sicuramente interessante osservare le percentuali delle fonti dalle quali deriva la conoscenza degli studenti (Fig. 5).

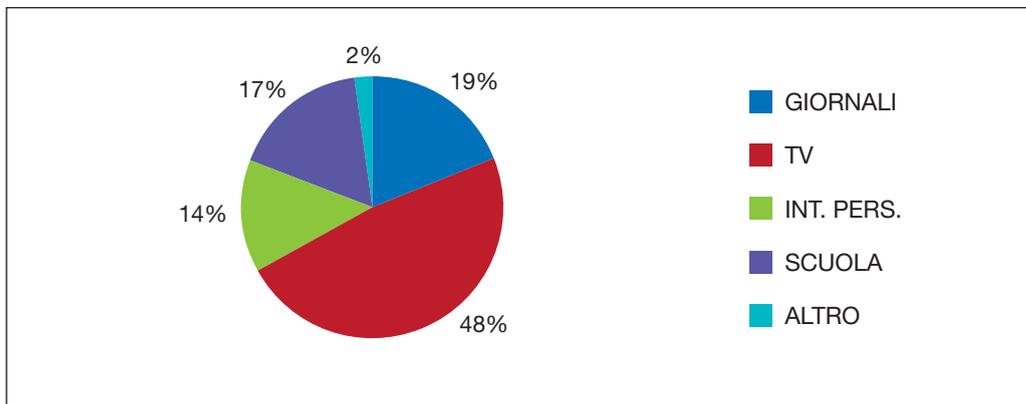
Le risposte indicate erano: giornali, televisione, scuola, interesse personale e risposta aperta; si sottolinea l'assenza della voce Internet tra le scelte in quanto lo scopo era quello di verificare, senza suggerirlo, la predominanza di Internet come Mezzo di Comunicazione di Massa in relazione al campione di riferimento.

Sarebbe utile avviare un approfondimento sulla relazione fra fruizione e tipologia di attività svolta durante l'esperienza in Internet. Il fenomeno della altissima e crescente diffusione dell'utilizzo di Internet da parte delle fasce più giovani della popolazione è noto, anche se è molto arduo poterne definire una tracciatura esatta proprio a causa della sua attualità. Per questo indagini illuminanti come quella che la Società italiana di Pediatria realizza annualmente, a partire dal 1997, con il Patrocinio del Ministero della Gioventù, intitolata "Abitudini e Stili di vita degli adolescenti" delinea una realtà in grado di sorprendere anche gli stessi addetti al settore della Comunicazione.

Si tratta di una ricerca realizzata su un campione nazionale di 1200/1300 studenti delle scuole medie inferiori di età compresa tra gli 12 e i 14 anni. Si evince dai dati pubblicati della ricerca del 2010, che il 97% dei ragazzi intervistati ha affermato di collegarsi a Internet e che il 17,2% è un "grande utente", cioè naviga per più di 3 ore al giorno.

Relativamente agli scopi per i quali i ragazzi consultano internet, un'ulteriore indagine condotta da TNS Infratest per conto di FOX (2008), ha stabilito che per l'86% si tratta di consultazione di motori di ricerca; l'85% per utilizzare la posta elettronica; il 76% come fonte d'informazione.

Fig. 5 – Fonti conoscenza DCA



I giornali, con il 19% e la televisione con il 48%, sono risultati indubbiamente le due maggiori fonti di informazione confermando quanto questi media abbiano un'indiscussa rilevanza nella società: vengono oramai considerati come una delle agenzie di socializzazione più autorevoli e diffuse.

Ciò avvalorava uno dei presupposti teorici del progetto, che presenta ai ragazzi nuove chiavi di lettura per poter comprendere in modo consapevole il mondo dei media, la potenza del messaggio pubblicitario, nonché la proposta di spregiudicati modelli di riferimento. Il fatto che la Scuola non sia più fonte privilegiata ma accessoria ai media, quali la tv e i giornali, porta a sottolineare l'urgenza di fornire il necessario supporto a tale agenzia educativa, al fine di veicolare validi contenuti relativi a competenze specifiche degli operatori interessati.

Nonostante questa indubbia importanza, il ruolo dei mass media come fattore predisponente al Disturbo Alimentare non è sinora oggetto di accurato studio; motivo potrebbe risiedere nel fatto che non è stata ancora empiricamente dimostrata una relazione valida ed attendibile di causa-effetto fra esposizione a messaggi mediali e disturbi alimentari. Si può affermare che i media rispecchiano ed amplificano alcuni aspetti presenti nel contesto sociale, spesso portandoli all'esasperazione o proponendoli come un modello vincente, contribuendo quindi a rinforzare atteggiamenti e comportamenti preesistenti.

Si possono ipotizzare le funzioni svolte dai media in relazioni con le tematiche dei disturbi alimentari (Ladogana, 2006):

- rinforzare le credenze: un corpo magro viene sempre mostrato ed associato a valori positivi, quali il controllo, il successo; al contrario, un corpo in sovrappeso viene legato a valori negativi, come il non controllo e, in quanto tale, oggetto di scherno e giudizio critico;
- legittimare o convalidare l'esperienza dell'individuo: attraverso i media si convalida il modello vincente, si rafforzano dei valori e delle credenze molto forti nella società e, allo stesso tempo, si ufficializzano;
- fornire modelli di riferimento: l'universo mediale è formato da personaggi di successo che finiscono per diventare dei modelli di riferimento ai quali ispirarsi.

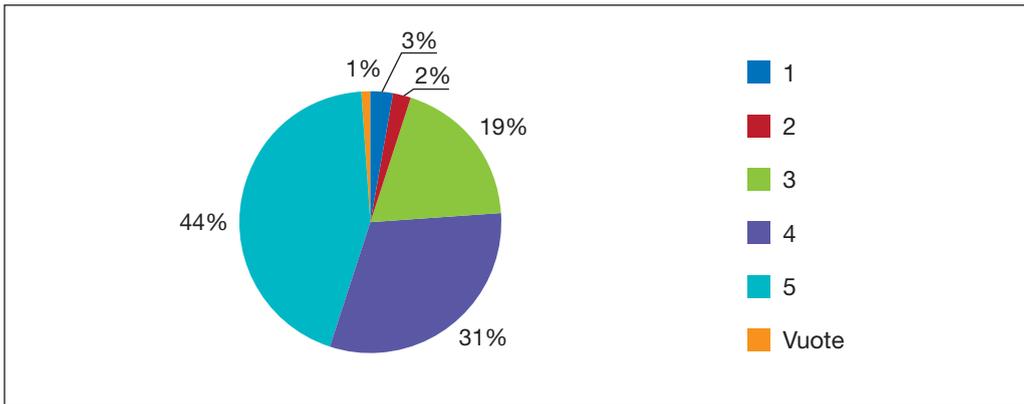
È corretto affermare che tutti i mass media hanno implicazioni politiche ed ideologiche non solo nei contenuti che esprimono, ma anche nella forma attraverso cui li comunicano: il *medium* è il messaggio (McLuhan, 1968).

Più precisamente, si vuol dire che il mezzo di comunicazione usato è in grado di influire sul senso del messaggio, tanto da diventare messaggio esso stesso. Da qui probabilmente trae origine la straordinaria importanza del "visibile" a danno di ciò che non lo è; detta altrimenti, si valuta quasi esclusivamente mediante l'esteriorità senza tenere conto della dimensione dell'interiorità.

Infine, un ultimo quesito significativo, è stato quello che chiedeva agli studenti di evidenziare quali fossero secondo loro i fattori che andavano maggiormente sviluppati in ambito preventivo, per cercare di comprendere se si è intervenuti con efficacia rispetto a quei fattori il cui sviluppo è importante nella prevenzione dei DCA stessi.

Tra le risposte indicate, l'importanza di sviluppare l'autostima è stato il fattore sul quale come formatori abbiamo insistito maggiormente: la percentuale del 75% risultante dalla somma dei punteggi massimi 4 e 5, sembra confermare l'efficacia degli interventi (Fig. 6).

Fig. 6 – Fattori di prevenzione: sviluppare l'autostima



Si tratta di un dato significativo, non solo per verificare come l'intervento possa essere stato efficace ma anche per evidenziare la consapevolezza che nello stesso trattamento dei DCA sia importante l'aspetto dell'autostima.

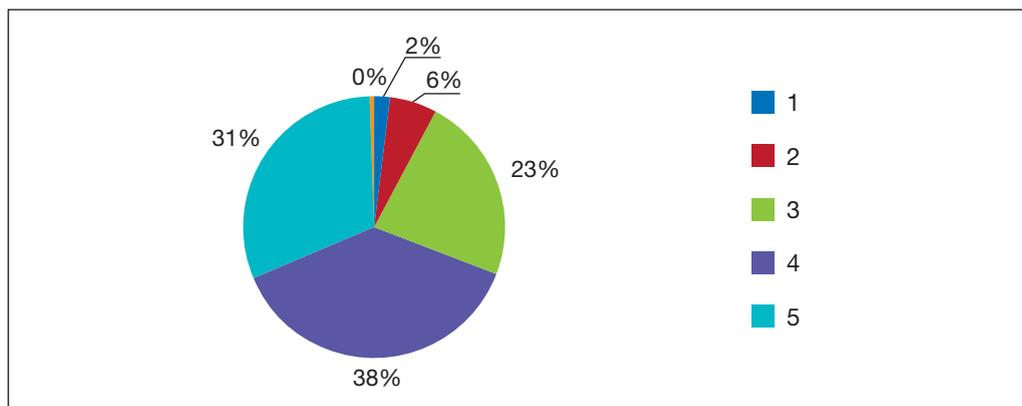
La necessità di concentrarsi su questo aspetto deriva dal fatto che, negli ultimi decenni, si è assistito ad una forte rivalutazione della dimensione corporea, nel senso che il corpo tende a diventare il principale indicatore dell'identità soggettiva. Ciò avviene in particolare modo durante l'adolescenza, periodo intermedio tra infanzia ed età adulta che non corrisponde pienamente a nessuna delle due, ma che, proprio per tale difficoltà, risulta essere un momento delicato che necessita di un intervento deciso da parte dell'esterno. Infatti, questa fase è caratterizzata da una analisi identitaria importante: nel gruppo adolescenziale, molto forte è la ricerca di un modello di riferimento al quale conformarsi, per cui l'appartenenza o meno ad un gruppo è spesso basata sul meccanismo del riconoscimento, a volte prettamente estetico.

Se un soggetto non corrisponde ai canoni in base ai quali il gruppo si è formato, subentra un processo di stigmatizzazione. L'eccessiva importanza riservata all'immagine corporea è frutto dell'errata convinzione che, per essere socialmente accettati, sia necessario apparire in forma almeno uguale ai modelli proposti (Mian, 2006). La necessaria mancata adesione a questi modelli va a generare una profonda frustrazione e un senso di inadeguatezza che, a volte, può innescare soluzioni patologiche come quelle dei disturbi alimentari.

Quanto appena detto avvalorava la scelta del campione scelto per il progetto, vale a dire adolescenti in cerca di una identità definita che riscoprono la scuola come agenzia di socializzazione importante non solo per la trasmissione del sapere, ma anche e soprattutto come supporto ad una crescita resa problematica da un contesto in continua mutazione.

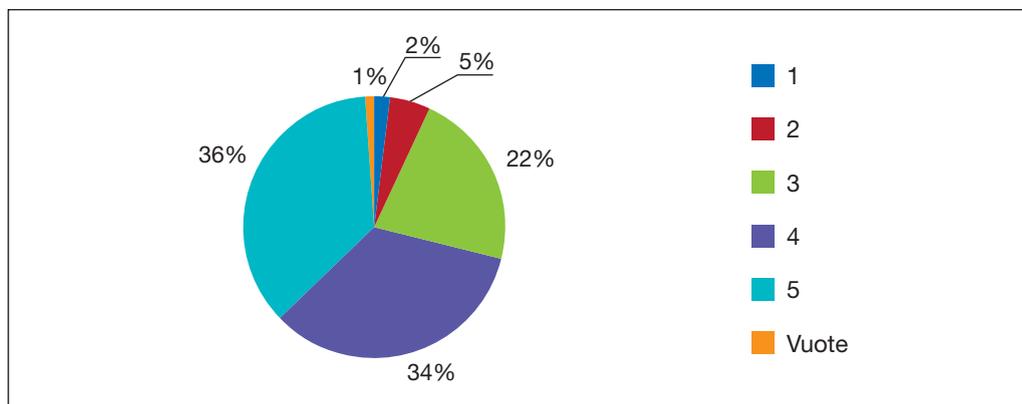
Un altro risultato significativo è quello relativo all'importanza riconosciuta al poter imparare a chiedere aiuto: il 69%, risultante dalla sommatoria dei punteggi massimi 4 e 5 fa ipotizzare che di fronte ad un disagio, quasi un terzo del campione riconosca nella richiesta di aiuto, un primo ed importante elemento all'interno del processo che porterà eventualmente alla risoluzione del problema (Fig. 7).

Fig. 7 – Fattori di prevenzione: imparare a chiedere aiuto



Saper affrontare con serenità le difficoltà, è un altro fattore che è stato promosso, soprattutto in relazione alla possibilità di promuovere un'educazione che contempra anche il momento della crisi come momento di crescita e di acquisizione di consapevolezza. Il risultato ottenuto pari al 70%, risultante dalla sommatoria dei punteggi massimi 4 e 5, si rivela una percentuale piuttosto alta se si considera la fascia d'età presa in esame, caratterizzata ancora da sentimenti contrastanti e dalla presenza di comportamenti ancora incerti di fronte alle difficoltà (Fig. 8).

Fig. 8 – Fattori di prevenzione: affrontare con serenità le difficoltà

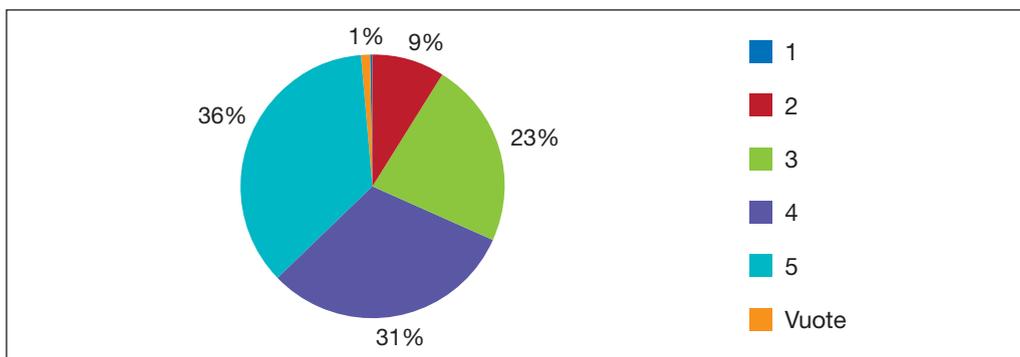


Tra i fattori di protezione che si è scelto di promuovere è sicuramente importante anche quello relativo all'importanza di imparare ad ascoltarsi: soprattutto in un momento delicato come quello dell'adolescenza, durante la quale si colloca il complesso processo di strutturazione del sentimento identitario, acquisire consapevolezza dei propri vissuti emotivi può essere una risorsa importante.

Imparare a riconoscere importanza e dignità a ciò che si prova, saperlo identificare, trovare lo spazio per dedicarsi all'ascolto e alla riflessione su di sé diventa a volte un valore aggiunto.

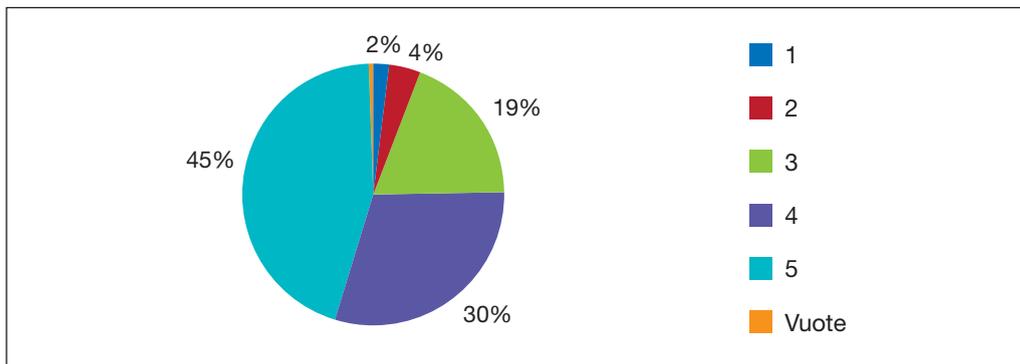
Anche in questo caso abbiamo trovato una significativa risposta da parte degli studenti, le cui risposte positive 67%, corrispondente alla sommatoria dei punteggi massimi 4 e 5, indicano, infatti, nella percezione dell'imparare ad ascoltarsi un importante fattore di protezione (Fig. 9).

Fig. 9 – Fattori di prevenzione: imparare ad ascoltarsi



L'ultimo, ma non meno importante aspetto, è quello legato all'importanza di conoscere i rischi per poterli valutare con consapevolezza. Questo aspetto, forse più legato degli altri alla dimensione cognitiva, ha comunque riportato un risultato significativo, pari al 75% risultante dalla sommatoria dei punteggi massimi 4 e 5; ciò indica inoltre una diffusa consapevolezza da parte del campione rispetto alla conoscenza dei rischi in ambito DCA.

Fig. 10 – Fattori di prevenzione: conoscere i rischi



Un'analisi complessiva dell'item 7 ci porta a valutare come siano state in gran parte recepite le tematiche principali scelte dall'équipe dal punto di vista dei contenuti.

3.2. Risposte aperte

Non volendo affrontare in maniera dettagliata l'esame delle risposte del questionario rivolto agli studenti, si è scelto di evidenziarne alcune, tentando una breve riflessione relativa ai commenti dei ragazzi coinvolti nell'esperienza preventiva. Essi hanno spesso suggerito approfondimenti delle tematiche affrontate, hanno mosso delle critiche, esplicitando a volte anche un disagio personale. Tale riflessione risponde all'esigenza, come operatori impegnati nella prevenzione, di tentare di capire che tipo di messaggi si è stati capaci di veicolare, nonostante l'esiguità dei due incontri avuti con i ragazzi, rintracciando eventuali bisogni, nel costante intento di poter continuare ad incontrarli, intercettando, quando possibile, anche la domanda non formulata, o forse spesso non ascoltata.

Domanda n. 5 del questionario: <i>È cambiata la tua idea nei confronti di questa patologia? Se Sì, in cosa?</i>
L'anoressia e la bulimia sono patologie che possono essere curate con l'aiuto di più persone e non solo dagli specialisti
Penso che tutto dipenda dal rapporto ed il rispetto che si ha verso se stessi. Non mi sarei mai modificata per nessuno, senza prima piacere a me stessa
si perché Non potevo pensare che non mangiare comportasse tutte queste conseguenze
SONO PIÙ COSCIENTE DEI RISCHI e sono abbastanza preparato su come riconoscerli e prevenirli
Sulla serietà del problema
Uscire dai dca non è facile come sembra

Uno dei costrutti fondamentali dell'intero impianto preventivo è quello legato alla costituzione identitaria, ovvero alla sua fallacia, esasperata in quella fase dell'esistenza, che è tesa fra ciò che Galimberti definisce "il non sapere chi si è e la paura di non riuscire a essere ciò che si sogna" (Galimberti, 2008). Sono molti i commenti che qui, per ovvi motivi non possono essere riportati, relativi al rapporto con se stessi e al rispetto per la propria persona. Tali elementi divengono fattori protettivi elettivi, non solo riguardo alla comparsa di particolari patologie, bensì all'intero spettro del disagio giovanile.

È importante, pertanto, verificare che lo sforzo teso a presentare i DCA come una patologia severa, che non va sottovalutata, che "non mangiare", atto che può apparire quasi una banale sfida, può comportare conseguenze molto gravi, che la consapevolezza di-

viene uno strumento prezioso ed indispensabile per affrontare una simile problematica, sembra in alcuni casi essere riuscito.

Anche scorrendo le risposte alla sesta domanda, sull'importanza della prevenzione in generale e nell'ambito specifico dei DCA, si può evidenziare come la risposta generale sia comunque positiva:

<p>DOMANDA N.6 del questionario: <i>Credi che sia importante la prevenzione in generale? E nell'ambito specifico dei DCA? Perché?</i></p>
la conoscenza implica la prevenzione
per diminuire il tasso di malessere della società
perché permette di vivere una vita più sana e duratura
ci aiuta a stare meglio nei confronti di noi stessi e delle persone che ci circondano, vedendo le cose in maniera diversa
La percentuale di casi a rischio è sempre maggiore, è importante conoscere le conseguenze
perché sono problemi che ci toccano nello specifico
per “distruggere” meno vite
perché le persone sono facilmente sottomesse a questi disturbi che possono provocare la loro “distruzione
perché è una patologia importante
perché aiuta a crescere
è importante aiutare i giovani ancora poco esperti
come abbiamo potuto capire da questi incontri siamo inconsapevolmente influenzati da questi modelli ideali che sembrano essere modelli di felicità. In questo particolare periodo in cui ci sentiamo tristi è importante conoscere questi rischi
per aiutare ad accettarsi così come si è
istruisce ad un comportamento corretto

Ci sono diverse considerazioni particolari che vanno sottolineate: la più evidente è quella legata al tema della “distruzione” di vite, di esistenze dei “poco esperti”, definizione quest’ultima che fa persino sorridere, nonostante lasci intravedere una solitaria condizione come apprendisti della vita. Nel periodo in cui ci “sentiamo tristi” può accadere che qualcuno ci parli in termini di pericoli e di rischi, perché certe partite è durissimo giocarle da soli o in balia

di quei “modelli ideali” che sono proposti come portatori di felicità; quanto più essi sembrano essere a portata di mano, tanto più risultano irraggiungibili.

In realtà, ogni intervento preventivo, se trattasi di prevenzione primaria, è teso a promuovere salute, ovvero un benessere psico-fisico che aiuti i giovani a sentirsi a proprio agio nonostante l’attraversamento del guado adolescenziale, a “stare meglio con noi stessi”, come afferma uno degli studenti intervistati. Spesso si guarda agli adolescenti come ad una popolazione sempre e comunque a rischio al di là del fatto che possa sviluppare o meno una patologia.

Il rischio più grande, così, lo corrono proprio quegli adulti, quegli esperti della vita, che fanno promesse di felicità, di benessere, di successo, di accesso facile all’esistenza. L’esperienza formativa presentata, grazie ai contenuti affrontati, alla metodologia usata e soprattutto alla presenza di più professionisti che incarnano un diverso sapere, un modo di rapportarsi all’altro assolutamente personale, si caratterizza fortemente in un tipo di approccio che provoca una riflessione che attiva le domande dei ragazzi, cerca di stimolarne il pensiero critico, li provoca e li rassicura.

Un altro spunto interessante di riflessione viene dalle risposte in merito a quali sono i fattori che secondo gli intervistati andrebbero maggiormente sviluppati in relazione alla prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare:

DOMANDA 7 del questionario: <i>Quali sono i fattori più importanti da sviluppare nella prevenzione in ambito dca?</i>
imparare a piacersi per ciò che si è
vedere le cose da prospettive diverse e non come cercano di mostrarcele
imparare che la vita è difficile ma anche bellissima

Se si dovesse giudicare la scelta metodologica degli operatori dalle risposte riportate e da altre similari, si sarebbe sicuri che la strada intrapresa forse è una di quelle percorribili: i ragazzi sono aperti naturalmente a leggere il mondo non con un’unica lente di ingrandimento, ma attraverso una sorta di prisma che riflette, che fa della realtà circostante un mondo sfaccettato con diverse opacità e variegate luminosità. È grazie a questo prisma che guardano a quella vita “difficile ma anche bellissima; che lo facciano con spirito temerario o no, con audacia o con timidezza, resta indispensabile che ognuno si riconosca e si piaccia per “come si è”.

Si riporta infine una risposta fornita nello spazio libero lasciato ai ragazzi in fondo al questionario, nel quale uno studente ha fatto riferimento alla realtà dei siti pro-Ana e pro-Mia, scrivendo di essere molto colpito e di aver conosciuto persone “affette da questo tipo di malattia che hanno questo tipo di credenza”.

La scelta degli operatori di fare un preciso riferimento ai siti, ha confermato l’orientamento di pensiero rispetto al quale si preferisce proporre ciò che è già sotto gli occhi dei giovani, senza temere di indurre un comportamento imitativo, di coltivare una curiosità malsana.

Non si può, infatti, pensare di eludere argomenti che invece sono nelle vite degli adolescenti, nella confidenza della migliore amica o nel racconto fatto nel bagno della scuola da un coetaneo confuso o disperato. Se gli adulti possono avere uno spazio di intervento con i ragazzi, questo può rendersi possibile solo grazie ad un ascolto attento, dove lo specialista si siede fra loro, impegnando il suo sapere in un rapporto dialogico, all'interno di un'interazione basata su quella fiducia che stimola le domande e non ne fa temere le risposte.

4. Il campione degli insegnanti

Il campione degli insegnanti è risultato essere decisamente esiguo: 29 presenze nei sei Istituti Superiori. Il numero è inferiore alle aspettative pur non ottimistiche del nostro gruppo di formazione che, operando da anni nelle scuole, aveva già avuto esperienza della scarsissima presenza della classe insegnante ai percorsi preventivi.

Per tale ragione non si evidenzieranno i dati in percentuale del gruppo dei docenti, in quanto non costituiscono un campione rappresentativo tale da poter fornire dei dati quantitativi, le risposte date possono ugualmente essere uno spunto di riflessione per un'analisi di natura qualitativa dei bisogni. Troviamo prima di tutto interessante portare alla luce la presenza di un cambiamento nell'atteggiamento di coloro che hanno partecipato, richiedendo approfondimenti, bibliografia, materiale didattico ed ulteriori incontri, soprattutto con la figura filosofica dell'équipe che rappresenta uno degli elementi che caratterizzano maggiormente questo tipo di percorso formativo.

Tra le risposte del questionario, si è riscontrata una sorta di omogeneità a partire dall'apprezzamento del corso, in relazione alle aspettative personali: sul campione di 29 insegnanti, 28 hanno dato risposte Buono - Ottimo. Si ipotizza quindi che quasi la totalità dei docenti abbia mostrato un apprezzamento altissimo per i due incontri a loro dedicati. La stessa prevalenza di risposte positive si riscontra anche prendendo in considerazione l'aspetto della valutazione.

In merito ai fattori da sviluppare nella prevenzione in ambito DCA con gli studenti, si sottolinea il punteggio di due item in particolare, determinanti rispetto agli altri per lo sviluppo di un DCA: in primo luogo quello relativo all'autostima: 7 insegnanti hanno scelto il valore 4 e 22 insegnanti hanno scelto il valore 5; alto anche il valore rispetto all'importanza di conoscere i rischi: 15 insegnanti hanno scelto il valore 4 e 14 di loro hanno scelto il valore 5.

Durante questa esperienza si è spesso avuto modo di riflettere sul disagio vissuto attualmente dalla classe insegnante, non è questa la sede per porsi domande legate all'operatività futura nei programmi di prevenzione che li coinvolgeranno, sicuramente però nel panorama infinito dei progetti ai quali gli insegnanti sono sottoposti, sarebbe interessante pensare agli interventi rivolti a loro come risposta ai loro reali bisogni.

Si asserisce questo perché dai commenti raccolti si è rintracciata una profonda esigenza, da parte di molti insegnanti di fare dei percorsi che costellino l'aspetto esperienziale e non quello strettamente formativo. Gli argomenti affrontati dal filosofo, pur non essendo strettamente legati ai Disturbi del Comportamento Alimentare, rispetto ai quali se ne rintraccia la

matrice esistenziale, hanno destato una risonanza interiore che forse superava l'iniziale motivazione alla partecipazione al progetto stesso.

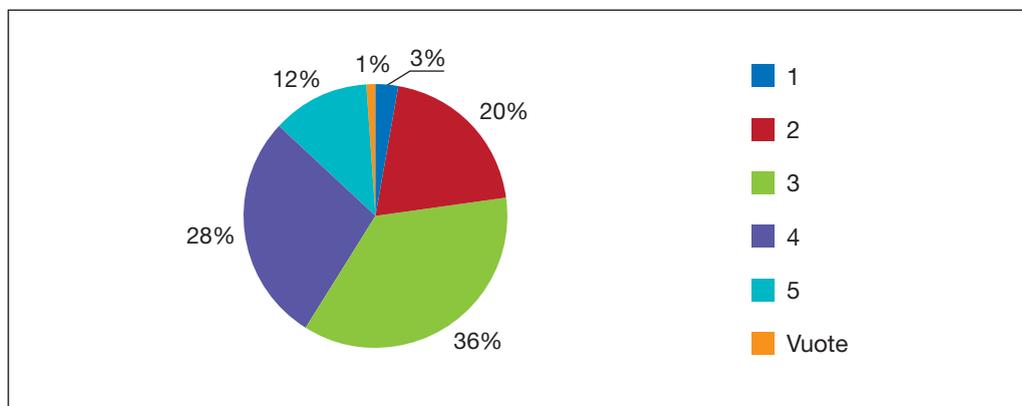
La sfida di un progetto pensato per i docenti potrebbe essere quella di facilitarli a lasciare il loro sapere fuori della porta, entrare nella stanza senza taccuino, accompagnati solo dalla curiosità di sperimentarsi in un'esperienza che li chiamerà a confrontarsi anche con il mondo delle emozioni. Scoprire con sorpresa, le risposte significative ad interrogativi che non fanno differenza fra l'essere insegnante e l'essere una persona che insegna. È un'ipotesi che forse varrebbe la pena di verificare.

5. Criticità dell'esperienza di prevenzione, quali prospettive per il futuro?

È importante sottolineare la criticità più evidente del progetto presentato, essa si presenta uniforme sia rispetto al campione degli studenti che a quello degli insegnanti.

Si è convinti infatti che solo analizzando gli esiti che sono risultati essere carenti, si ha l'occasione per mettere a fuoco, migliorare e ottimizzare gli interventi futuri. Si evidenzia la domanda n. 2 del questionario relativamente alla durata, riferita al campione degli studenti (Fig. 11).

Fig. 11 – Valutazione del corso rispetto alla durata (campione studenti)



Il 64% rappresenta la sommatoria dei punteggi 3 e 4, nella quale si evidenzia la criticità sopra menzionata.

Per quanto riguarda gli insegnanti l'unico dato è che:

- 11 insegnanti hanno barrato il 3,
- 6 insegnanti hanno barrato il 2,
- 8 insegnanti hanno barrato il 4.

Si può affermare che circa due terzi del campione degli insegnanti hanno evidenziato la durata come criticità. Aver previsto due soli incontri con gli studenti e altrettanti con gli insegnanti, è stata una scelta ponderata, nonostante si fosse consapevoli che l'offerta di un terzo incontro, avrebbe rappresentato un ulteriore arricchimento dell'esperienza interattiva,

concedendo più spazio all'esperto della comunicazione e al pedagogo.

Si è preferito estendere l'intervento preventivo ad un maggior numero di scuole, in questo caso sei Istituti Superiori, allargando l'esperienza ai due Istituti situati in provincia di Rieti, anche se questo, da un punto di vista organizzativo e nella stessa fase della realizzazione, ha richiesto un grosso dispendio di energie e molte ore di lavoro.

Quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare si presenta come un'emergenza sanitaria. La campagna preventiva, la prima che ha visto nascere la collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale di Rieti e l'équipe della formazione dell'Associazione *Mi fido di Te* legata a Palazzo Francisci, è stata caratterizzata dalla scelta di volersi rivolgere ad una popolazione ampia, per verificare che tipo di risposta si sarebbe avuta, che tipo di sensibilità i manager scolastici avrebbero mostrato rispetto all'argomento proposto, ed infine che tipo di conoscenze o false conoscenze esistono rispetto alla complessità dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Si è posta, inoltre, una particolare attenzione ai *feed-back* da parte dei ragazzi e dei docenti, una sorta di indicazione che permetterà di mettere a punto, per il futuro, interventi più lunghi e forse esperienze di *follow-up*, le uniche che permettono di verificare la presenza di modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti come esito dell'esperienza formativa. Se da un lato la durata del progetto ha rappresentato la vera criticità, dall'altro restituisce un dato importante; quando si lamenta la brevità di un'esperienza, ciò può significare che l'interesse per i temi trattati è presente, se ne riconosce l'importanza, tanto da creare un'aspettativa di maggiore conoscenza ed approfondimento degli stessi.

Il formatore, nel rispetto della multidisciplinarietà degli interventi, metterà in campo strumenti formativi più raffinati e sicuramente proposte preventive più efficaci, contraddistinte da una giusta analisi derivante dalla comparazione dei risultati attesi rispetto a quelli reali. La tipologia di offerta formativa, oggetto di questo lavoro, si caratterizza per una precisa convinzione che è quella riassunta da Bianchini quando afferma: "L'obiettivo è presentare ai ragazzi degli strumenti di lavoro psicologici, filosofici ed esperienziali per interrogarsi sul processo di costituzione di sé; ciò risulta essere decisivo per fronteggiare le sfide e le difficoltà che l'esistenza, inevitabilmente, imporrà loro" (Bianchini, 2006). La strategia formativa si deve prefiggere lo scopo di dare poche informazioni, piuttosto sarà impegnata a tentare di modificare atteggiamenti e comportamenti (Irving, 1999), mantenendo vivo un tipo di interazione che crei dialogo, stimoli e riflessioni.

La formazione non può rappresentare un luogo all'interno del quale, il formatore si limita a presentarsi come "l'esperto". Egli propone e fa in prima persona un'esperienza di scambio, di arricchimento reciproco, di dialogo che nasce da un serio ed approfondito studio di alcune tematiche, unito ad una disposizione, o sarebbe meglio dire una predisposizione al riconoscimento di alcuni valori che se condivisi, possono aiutare nel faticoso lavoro di strutturazione identitaria. "Per la formazione diventa così centrale l'educazione ai valori, la riscoperta della dimensione valoriale come dimensione fondante l'intero corso di un'esistenza [...]. Il valore della scelta, il valore dell'impegno, della fatica in funzione di uno scopo, il valore della sofferenza e persino quello di un fallimento diventano gli elementi costituenti un serio impegno formativo" (Bianchini, 2006).

Descritto in questi termini l'impegno formativo si tramuta in un'impresa formativa, rispetto alla quale, tenuti saldi alcuni principi teorici imprescindibili, ogni incontro nelle scuole diventa un'esperienza ogni volta diversa, perché diverso può essere il formatore, diverso può essere l'umore di una classe o del gruppo degli insegnanti, perché diverso il corso di studi, diversa è la realtà ambientale, ma soprattutto diversa è la storia di ognuno, adolescente o adulto.

Un fattore importante è che l'operatore sia molto qualificato perché l'impatto delle tematiche affrontate può essere profondo, sia nel caso che esistano problemi del singolo, sia nel caso in cui il gruppo riesca a percepire la complessità e l'importanza del discorso. Va sottolineato che l'inefficacia dei progetti di prevenzione di tipo educativo-informativo, oltre a rivolgersi spesso in maniera indiscriminata a tutti i ragazzi, non li coinvolge emotivamente. La letteratura presente in materia di prevenzione è ormai d'accordo sulla proposta di programmi che siano fondati sulla relazione e cooperazione (*peer education*, *video education*, animazioni), avendo già ribadito la necessità di tenere in considerazione il gruppo dei pari, in uno stimolante passaggio di conoscenze, esperienze ed emozioni da parte di alcuni verso altri di pari status. Si ribadisce, inoltre, l'importanza di proporre programmi per i DCA integrati con quelli dell'obesità (Cuzzolaro, 2004).

Se si pensa alla prevenzione la si immagina ancora come una terra dove c'è ancora molto da conquistare. Un interrogativo importante è: come attuare progetti preventivi nell'era di Internet? La potenzialità formativa dei mezzi audiovisivi è fondamentale, basta pensare che oggi, fin dalla scuola elementare uno degli obiettivi didattici è rappresentato dall'educazione all'immagine. L'apprendimento attraverso le nuove tecnologie, applicato negli ultimi anni anche ai Disturbi del Comportamento Alimentare, rappresenta lo strumento attraverso il quale, quali i bambini e gli adolescenti si trovano loro agio, ciò è attestato da numerosi articoli apparsi sulle più conosciute riviste specializzate del settore. Laddove l'applicazione delle nuove tecnologie in campo terapeutico, può creare dei problemi etici, in ambito preventivo si rivela una grande risorsa che va studiata e implementata con accuratezza.

Dall'analisi della lettura di alcuni dati evidenziatisi dalla somministrazione del questionario finale del progetto presentato, risulta che pochissimi studenti reclamano un uso maggiore di video clip ed immagini; con loro è stata tentata una proposta che legasse l'immagine ad una riflessione critica, ad esempio presentare una pubblicità e rinvenire i messaggi paradossali, stigmatizzanti, appiattiti su modelli culturali e valoriali che martellano ogni giorno le menti di tutti.

Aristotele ricordava che "È fonte di piacere guardare le immagini perché coloro che le contemplanò imparano e ragionano su ogni punto"; attualmente una eco del suo pensiero si ritrova in Arnheim che nel suo testo, *Il pensiero visivo*, sottolinea: "Pensare esige immagini, e le immagini contengono pensiero" (Arnheim, 1974). Sembrerebbe così saldarsi il rapporto tra le due categorie del senso e del pensiero, l'equilibrio tra le quali sembra essere oggi totalmente sovvertito a favore della forza e celerità delle immagini che non sostengono più un pensiero più lento, meno critico.

Il messaggio pubblicitario sembra capace di attivare un pensiero velocissimo, in quanto rintraccia o crea un bisogno, stimolando immediatamente la risposta: "*Più la bevi più ti depura*" (Acqua Rocchetta); "*Dove c'è Barilla c'è casa*"; "*Lines è*".

Tornando quindi a pensare alle prospettive future in materia di prevenzione, è ipotizzabile affermare che è diffuso il bisogno di rendere protagonisti i fruitori dei progetti, i quali diventeranno così soggetti creativi, capaci di produrre immagini e parole che evocano storie che celano significati. Così come sono cambiati i Disturbi del Comportamento Alimentare e altri ancora saranno gli scenari possibili, ogni progetto preventivo dovrà inserirsi in un processo di continuo rinnovamento, mantenendo rigore scientifico, auspicando soprattutto lo studio di protocolli attuati con continuità e a lungo termine. L'efficacia di un modello proposto a differenza di un altro, dipenderà anche dalla scelta di mantenere una matrice dialogica, dinamica, adeguata alla tipologia e all'età delle persone alle quali ci si rivolge, usando ogni volta linguaggi che sapranno tradurre ed interpretare le contraddizioni del nostro tempo.

La nostra gratitudine è rivolta, per la loro collaborazione, a tutte le persone che abbiamo incontrato nel Progetto di Rieti ma, soprattutto, alle centinaia di ragazzi che abbiamo incontrato in questi anni: per il loro sguardo avido di Bellezza che ci dà il coraggio necessario per continuare nel cammino della prevenzione.

Bibliografia

- Arnheim R., *Il pensiero visivo*, Einaudi, Torino 1974.
- Bianchini P., Dalla Ragione L., *Il vaso di Pandora*, Diabasis, Reggio Emilia 2006.
- Castagna M., *La valutazione della formazione*, 1999, www.midasviluppo.com.
- Crisp A.H., Toms D.A., "Primary Anorexia Nervosa or weight phobia in the male: Report", *British Medical Journal*, 1972;1: pp. 334-338.
- Cuzzolaro M., *Anoressie e Bulimie. Un'epidemia del nostro tempo*, Il Mulino, Bologna 2004.
- Irving L.M., *A bolder model of eating disorders. A Handbook of interventions and special challenges*. Brunner Mazel, Philadelphia PA 1999.
- McLuhan M., *Gli strumenti del comunicare*, Milano, Il Saggiatore, 1968.
- Mian E., *Specchi. Viaggio all'interno dell'immagine corporea*, Phasar Edizioni, Firenze 2006.
- Ladogana S., *Lo specchio delle brame. Mass media, immagine corporea e disturbi alimentari*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Lipari D., *Progettazione e valutazione nei processi formativi*, Edizioni Lavoro, collana Percorsi, Roma I ediz. 1995, 2009.
- Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, Blackwood DHR, Shapiro CM., "Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases", *International Journal of Eating Disorders*, 1994; 15(2): pp. 125-134.
- Kirkpatrick D.L., "Great ideas revisited: Revisiting Kirkpatrick's four-level model", *Training and Development*, 50 (1996), pp. 54-58.
- Sietzman, T., Brown, K.G., Casper, W. J., Ely, K., e Zimmerman, R.D., "A review and meta-analysis of the nomological network of trainee reactions", *Journal of applied Psychology*, 98 (2008), pp. 280-295.
- TNS Infratest, *I giovani e Internet*, indagine condotta per conto di FOX, ottobre 2008.

MASSIMO RECALCATI* , MARIELA CASTRILLEJO ,
FRANCESCA DIONIGI*** , NICOLÒ TERMINIO******
**QUANDO LA PSICOANALISI VA A SCUOLA.
“ALIMENTARE IL DESIDERIO”:
UN PROGETTO NAZIONALE DI PREVENZIONE
PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

*Statisticamente tutto si spiega,
personalmente tutto si complica.*
D. Pennac, *Diario di scuola*

1. Il progetto nazionale “Alimentare il desiderio”

“Alimentare il desiderio” è una formula per sintetizzare un cambiamento di strategia nella prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare: dalle informazioni sulla malattia anoressico-bulimica alla ridefinizione di cosa significa abitare soggettivamente il proprio corpo e la sua immagine.

Secondo il modello di intervento di *Jonas*, i Disturbi del Comportamento Alimentare, e più in generale il disagio giovanile, possono essere prevenuti solo se viene rimesso in moto il desiderio soggettivo: non si tratta di svolgere informazione e correzione comportamentale, la quale potrebbe favorire comportamenti emulativi da parte dei giovani che, alla ricerca di riferimenti identificatori, potrebbero trovare la realizzazione della propria identità in maschere sociali come l’anoressia; semmai si intende intervenire sui modelli culturali e sociali che incoraggiano la diffusione del disagio anoressico-bulimico, accompagnando i giovani verso un nuovo concetto di identità, non più omologante, lontano da quel culto odierno dell’immagine del corpo che fa coincidere l’estrema bellezza con l’estrema magrezza. Questa prospettiva – che tiene conto dei risultati pubblicati nella letteratura scientifica internazionale – esprime la convinzione che l’unica via di accesso ad una vita che permetta l’espressione delle potenzialità di un essere umano sia l’incontro con luoghi, persone, esempi, messaggi, che sappiano stimolare il desiderio e la curiosità per il mondo.

* Psicoanalista a Milano, fondatore Jonas Onlus (Centro di clinica psicoanalitica per i nuovi sintomi), direttore dell’IRPA (Istituto di Ricerca di Psicoanalisi Applicata) di Milano, membro analista di ALI (Associazione Lacaniana Italiana di Psicoanalisi).

** Psicoanalista a Trieste, presidente JONAS Onlus, docente IRPA di Milano, membro analista ALI.

*** Psicoterapeuta a Pavia, coordinatore nazionale del progetto di prevenzione “Alimentare il desiderio” di Jonas Onlus.

**** Psicoterapeuta - Ph.D. a Torino, membro consiglio direttivo nazionale Jonas Onlus, docente IRPA di Milano, membro ALI.

L'obiettivo che *Jonas Onlus* si è proposta attraverso il progetto nazionale di prevenzione dei DCA "Alimentare il desiderio" è stato dunque quello di attuare un'azione diffusa sul territorio, in grado di riabilitare la responsabilità etica del discorso educativo, permettendo di far circolare nuovamente un'esperienza positiva e non dissipativa del desiderio, in modo da valorizzare l'esperienza del limite come condizione indispensabile per realizzare le proprie inclinazioni particolari.

La diffusione del disagio anoressico-bulimico, spia significativa delle forme del disagio giovanile contemporaneo, trova infatti le sue origini nella crisi profonda che le istituzioni e i soggetti che si occupano dell'educazione dei giovani attraversano, risultato di una divergenza sempre più marcata tra le esigenze del discorso educativo, che riguardano la valorizzazione dello sviluppo della particolarità soggettiva, e quelle del discorso sociale dominante che incoraggia invece comportamenti conformistici.

2. La crisi contemporanea del discorso educativo

Il discorso educativo odierno è sempre più in difficoltà ad introdurre i giovani alla funzione virtuosa dell'esperienza del limite, senza il quale non possono costituirsi né il senso del proprio essere, di ciò che si è, né il senso della propria vita. La formazione del giovane oggi è ostacolata.

Il discorso sociale dominante incoraggia il culto del godimento immediato attraverso l'offerta illimitata di oggetti di consumo opponendo, anziché integrare, la rinuncia al desiderio, come accadeva tradizionalmente. Questo culto del godimento immediato è un tratto pervasivo della contemporaneità che ostacola la formazione del giovane, ovvero la sua possibilità di integrare la dimensione normativa del limite con quella creativa del desiderio: senza le sue delimitazioni simboliche un campo di calcio sarebbe un prato dove non si può giocare alcuna partita. Il motto che sembra animare il programma contemporaneo della Civiltà è un motto perverso: "Perché no?" Questo criterio sembra svaloriare ogni esperienza della rinuncia ed enfatizzare il consumo di tutte le esperienze possibili come autentico motore della formazione. Ma le esperienze accumulate confusamente non danno luogo ad alcun processo formativo. Piuttosto offrono l'illusione che esistano scorciatoie per realizzare senza ostacoli il proprio desiderio. Il motto perverso del "Perché no?" finisce per trascinare i giovani verso l'assenza di senso, come quando non si ascolta più la musica perché il volume viene talmente potenziato da annullare la sensazione stessa dei suoni. L'accumulo disordinato di sensazioni sempre nuove finisce così per dare luogo ad una sorta di desensibilizzazione e di annullamento delle sensazioni stesse.

In questo clima socio-culturale, sempre più caratterizzato dal culto della prestazione, dall'iperconsumo e dall'eclissi delle relazioni intersoggettive, si corre sempre più il rischio della cancellazione della particolarità soggettiva, sia nei termini della possibilità di produrre un pensiero critico su ciò che ci circonda, sia nei termini dell'offerta di icone a cui aderire a costo di sacrificare la qualità della propria esistenza. In tal modo i giovani

sono trascinati verso un'adesione passiva agli attuali modelli culturali e in una difficoltà a prenderne le distanze.

3. I Disturbi del Comportamento Alimentare: tra limite e desiderio

La scelta anoressico-bulimica è una declinazione particolare di questa difficoltà di integrare in modo autentico l'esperienza del limite con quella del desiderio. Nell'anoressia il soggetto è vittima di ogni sorta di limiti che esso stesso si impone a partire dalla sua alimentazione, ma non solo: l'anoressia tende a diventare uno stile di vita orientato da una applicazione spietata della rinuncia. Nella bulimia, al contrario, il soggetto sembra invece fare l'esperienza opposta, ovvero quella di una assenza del limite, di una sua inconsistenza, di una fame che, appunto, non conosce limiti. In entrambe queste posizioni ciò che viene meno è l'accordo tra limite e desiderio. In un caso abbiamo l'esperienza del limite che annienta quella del desiderio, nell'altro l'esperienza di un desiderio che non conoscendo limite finisce per sprofondare in un caos disperato.

Nell'obesità, a differenza della bulimia, viene a mancare l'alternanza tra il vuoto e il pieno e il soggetto appare come troppo-pieno e il suo corpo come un corpo costantemente ingozzato. Nell'obesità osserviamo dunque un'operazione di riempimento che non lascia spazio per il vuoto, un vuoto da cancellare ed esorcizzare con il ricorso continuo all'oggetto-cibo. In tal senso l'obesità rivela in modo eclatante un fenomeno patologico che riguarda un atteggiamento collettivo, una fame di oggetti che mira a occludere l'esperienza della mancanza.

Gli studi e le ricerche cliniche ci insegnano che il disturbo dell'alimentazione segnala sempre un disturbo della relazione con l'Altro. Di fronte alle inevitabili turbolenze che questa relazione comporta, il soggetto con DCA sceglie la via del rifiuto. Sceglie di avere come propri partner-patologici lo specchio, in cui contemplare la propria bellezza eterea e mortifera, o il cibo, attraverso il quale compensare il proprio sentimento di vuoto, interrompendo così ogni rapporto con l'Altro. In questo senso anoressia, bulimia e obesità sono spie significative del disagio giovanile che può assumere la tendenza di un ritiro, di un disinvestimento del mondo, di una chiusura, di un rifiuto dei legami, di una esasperazione della dimensione protettiva del controllo, oppure quella di una ricerca affannosa e disperata di sensazioni, di esperienze, di una compulsione al consumo di tutto, di un divorare senza soddisfazione. Entrambi questi movimenti separano il soggetto dal suo desiderio e lo isolano in una condizione priva di progettualità.

4. Dagli studi clinici a un progetto di prevenzione nelle scuole

Il progetto "Alimentare il desiderio" costituisce il proseguimento e la rielaborazione di una serie di iniziative di prevenzione già sviluppate da Jonas in esperienze precedenti nelle scuole. Inoltre "Alimentare il desiderio" porta con sé il nucleo di teoria e di esperienza clinica che gli psicoterapeuti e gli psicoanalisti avevano incontrato e formulato nei Centri di

Clinica Psicoanalitica della rete *Jonas* Onlus. In particolare i criteri e metodi di intervento che hanno orientato il nostro programma di prevenzione scaturiscono dall'elaborazione delle conoscenze psicopatologiche e dai principi psicoterapeutici che sono stati sviluppati nei lavori di Massimo Recalcati e del suo gruppo di ricerca (Recalcati, 1997, 1998, 2002, 2005, 2006, 2010; Lolli, 2004).

Allo stesso tempo il modello di intervento di "Alimentare il desiderio" è stato progettato tenendo conto delle ricerche scientifiche internazionali, con l'obiettivo di definire un quadro metodologico in grado di rispondere ai criteri di *effectiveness* previsti nell'ambito della prevenzione (B.R. Flay et al., 2005). In tale prospettiva di lavoro è stato così evidenziato che in adolescenza i problemi in relazione al rapporto con il cibo e con il peso corporeo si presentano anche in quei casi che non assumono una rilevanza clinica. Si tratta di configurazioni così dette "subliminali" o "subcliniche" in quanto manifestano solo uno dei sintomi dei DCA o un sintomo che non assume un'importanza clinica. È stato infatti osservato che per il 29,3% delle giovani ragazze tra i 10 e 14 anni viene riportata l'esperienza abituale della dieta e per il 10,5% viene indicato un comportamento alimentare disturbato (G. McVey et al., 2004). Nello stesso filone di ricerca (M.G. Grilo, 2006) viene mostrata una percentuale del 12,4% di ragazze adolescenti che applicano regolarmente delle pratiche di controllo estremo del peso come il vomitare, l'uso di pillole dietetiche, diuretici o lassativi.

Gli studi epidemiologici evidenziano inoltre il problema dei "falsi negativi" nello screening dei disturbi dei DCA, un problema che si ripercuote sulla possibilità di stimarne la prevalenza nella popolazione generale, in particolare per quelle forme di disturbi alimentari che rimangono sottosoglia e "non altrimenti specificate" (G. Vetrone et al., 2006).

Nell'ottica di una possibile prevenzione primaria e secondaria dei DCA sembra dunque importante focalizzare l'attenzione sui quei comportamenti alimentari che sebbene siano disturbati non assumono una rilevanza clinica (E. Stice et al., 2003; G. McVey et al., 2004). In tale prospettiva risulta cruciale individuare i possibili fattori di rischio per i DCA per poi intervenire a livello preventivo (C. Steiner et al., 2002). I fattori di rischio che sono stati individuati da *Jonas* riguardano essenzialmente il rapporto con l'Altro, con l'immagine di sé e il proprio corpo (K. Franco-Paredes et al., 2005; S. Fenning et al., 2008). In linea con quanto suggerito dagli studi internazionali sulla prevenzione dei DCA (U. Berger et al., 2008), il progetto "Alimentare il desiderio" ha trovato il suo *setting* privilegiato nella scuola: le Scuole Medie Superiori si sono infatti configurate come il "luogo antropologico" (M. Augé, 1992) dove poter incontrare e incrociare adolescenti, insegnanti e genitori.

5. Il progetto, l'esperienza e la prevenzione nelle scuole

Il progetto nazionale "Alimentare il desiderio" è stato realizzato in sei città importanti e diverse tra loro: Bologna, Genova, Milano, Pesaro, Roma e Trieste. Gli psicologi e gli psicoterapeuti di *Jonas* Onlus sono andati in ben 20 scuole, con 2.800 ragazzi, 250 insegnanti e 500 genitori. Quasi un migliaio di ore di lavoro per realizzare un progetto nazionale di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare. Si è lavorato per un intero anno sco-

lastico (2008-2009) a fianco di ragazzi, insegnanti e famiglie aprendo un dialogo e uno spazio di espressione per i soggetti coinvolti, raccogliendo paure, speranze e fragilità degli adolescenti di oggi. *Jonas* ha sperimentato un approccio inedito e allo stesso tempo consapevole dei risultati delle più recenti prospettive scientifiche: gli psicologi sono entrati nelle classi senza fare interventi d'informazione o di educazione alimentare, in tal modo hanno rovesciato la prospettiva classica degli interventi di prevenzione, spiazzando i ragazzi e portandoli a riflettere, attraverso degli incontri di gruppo, sui modelli culturali che incoraggiano la diffusione del disagio anoressico-bulimico. L'intervento di *Jonas* nelle scuole si è articolato nel tempo e ha preso in considerazione le tre fasce di utenza che nella scuola si incontrano (studenti, genitori, insegnanti) ognuna nella propria specificità.

La Fase iniziale è stata dedicata alla lettura preliminare della domanda formulata dall'Istituzione, perché l'obiettivo si declinasse scuola per scuola, classe per classe, a seconda della particolarità della richiesta messa a fuoco in un lavoro congiunto tra gli operatori *Jonas* e gli insegnanti referenti dell'area salute. La Fase centrale è stata costituita da una prima azione di intervento, in cicli di 2-3 incontri per classe di 2 ore ciascuno, con i gruppi-classe; una seconda azione di attivazione di uno sportello di ascolto, non connotato in senso clinico, ma come spazio di raccolta degli effetti del lavoro svolto; e infine un terza azione di lavoro con i docenti in cicli di 2-3 incontri. La Fase conclusiva è stata concepita come un momento di restituzione del lavoro svolto dei giovani, che accompagnati dalla presenza degli operatori *Jonas*, si sono rivolti al resto degli studenti della scuola, al gruppo più ampio dei docenti non coinvolti nel progetto e alle autorità istituzionali (preside, vicepresidente).

Il lavoro di prevenzione nelle classi ha permesso di rappresentare una sorta di fotografia della posizione soggettiva e della configurazione collettiva dei giovani rispetto ai temi trattati (bellezza, corpo, immagine, identità, disagio, rapporti con i coetanei e con i familiari). L'obiettivo del progetto è consistito nel permettere che gli adolescenti potessero soggettivare l'esperienza del corpo e dell'immagine attraverso la valorizzazione della propria particolarità.

Nel progetto sono stati coinvolti anche gli adulti di riferimento dei giovani, gli insegnanti e, dove possibile, i genitori, oggi sempre più in difficoltà ad esercitare la propria funzione educativa. Il problema della deprivazione di desiderio tocca infatti in modo massiccio non soltanto i giovani, ma anche i loro interlocutori, che non riescono più ad offrire modelli stabili di riferimento.

Nel lavoro con gli insegnanti si è individuato per ciascuna istituzione un percorso di formazione dei docenti sui temi dell'educazione, del disagio adolescenziale, dell'identità, mirato ad implicare il corpo docenti come l'altro polo della relazione con l'adolescente, non estraneo al disagio. Gli insegnanti sono stati sollecitati a utilizzare le proprie esperienze e conoscenze, articolandole con i temi ricavati dall'esperienza con i giovani e riproposti sotto forma di stimolo-chiave. In tal modo il lavoro con i gruppi dei docenti è diventato un percorso di responsabilizzazione formativa caratterizzato dalla valorizzazione del ruolo del docente nell'attivare delle buone pratiche, orientate dal fine di imparare a stare bene a scuola. Inoltre è stata aperta l'occasione per rivitalizzare la motivazione dei docenti nel

favorire la ricerca di un dialogo con l'adolescente, laddove difficile o interrotto, attraverso la propria passione sul sapere, risvegliando così inattese risorse soggettive dello studente. Nel complesso il lavoro con gli studenti e gli insegnanti si è rivelato come un'occasione per promuovere la sensibilità verso un discorso educativo ed una formazione dei giovani che tenesse conto dell'importanza di soggettivare l'esperienza, al fine di riconoscere ed esplicitare, nella singolarità del caso per caso, che non ci sono misure *standard* tanto per la bellezza, quanto per la realizzazione personale, ma che nel processo educativo e nella realizzazione del desiderio conta la valorizzazione delle facoltà e dei talenti singolari.

6. Ciò che resta di un progetto di prevenzione

Nell'avvicinarci verso la conclusione di questo breve excursus sull'esperienza del progetto "Alimentare il desiderio" proviamo a chiederci: "Qual è l'insegnante che non abbiamo mai potuto dimenticare, che abbiamo incontrato nella nostra storia da giovani e non abbiamo più dimenticato?" Ebbene la figura che ci verrà in mente non sarà quella che ci ha insegnato solo dei contenuti. Quello che non si dimentica è lo stile di quell'insegnante, lo stile che ha saputo incarnare, per come è riuscito ad incarnare un sapere. Questo resta indimenticabile: lo stile non tanto le cose che ci sono state insegnate. Queste passano, spesso come l'acqua sulla roccia. Invece lo stile sa lasciare un'impronta, un segno. Ebbene ciò che autenticamente previene ha la natura di questa impronta, dell'impronta lasciata da uno stile. Ciò che davvero alimenta il desiderio è l'incontro con qualcuno o qualcosa che sappia incarnare la passione del desiderio, che sappia nutrire questa passione. Questo serve ai giovani: offrire loro la possibilità di fare quest'incontro in qualunque luogo questo possa avvenire; attraverso i libri, la condivisione di una pratica, di uno sport, attraverso un sapere, nelle forme più varie e imprevedibili, a scuola come per strada.

Quale è allora il ruolo della psicoanalisi nella prevenzione dei DCA? Qual è la specificità di un intervento *Jonas* nelle scuole? È credere nella forza della testimonianza di uno stile, uno stile che viene prima e sostiene ogni strategia. Il nostro compito nella prevenzione è seminare il lievito del desiderio; è provare a seminare con ordine e strategia il lievito del desiderio. Questo sì può dare corpo ad un autentico progetto di prevenzione.

Bibliografia

Augé M. (1992), *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano 1993.

Berger U., Sowa M., Bormann B., Brix C., Strass B., "Primary Prevention of Eating Disorders: Characteristics of Effective Programmes and How to Bring Them to Broader Dissemination", *European Eating Disorders Review*, 2008, 16, pp. 173-183.

Fenning S., Hadas A., Itzhaky L., Roe D., Apter A., Shahar G., "Self-Criticism is a Key Predictor of Eating Disorder Dimensions among Inpatient Adolescent Females", *International Journal of Eating Disorders*, 2008, 41(8), pp. 762-765.

Flay B.R., Biglan A., Boruch R.F., Gonzales Castro F., Gottfredson D., Kellam S., Moscicki E.K., Schinke S., Valentine J.C., Ji P., "Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination", *Prevention Science*, 2005, 6(3), pp. 151-175.

Franco-Paredes K., Mancilla-Díaz J.M., Vázquez-Arévalo R., López-Aguilar X., Álvarez-Rayón G., "Perfectionism and Eating Disorders: A Review of the Literature", *European Eating Disorders Review*, 2005, 13, pp. 61-70.

Grilo M.G., *Eating and weight disorders*, Taylor and Francis, Hove 2006

Lolli F. (a cura), *Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi*, Angeli, Milano 2004.

McVey G., Tweed S., Blackmore E., "Dieting among preadolescent and young adolescent females", *Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170, pp. 1559-1561.

McVey G., Davis R., Tweed S., Shaw BF., "Evaluation of a School- Based Program Designed to Improve Body Image Satisfaction, Global Self-Esteem, and Eating Attitudes and Behaviors: A Replication Study", *International Journal of Eating Disorders*, 2004, 36, pp. 1-11M.

Recalcati, *L'ultima cena: anoressia-bulimia*, Bruno Mondadori, Milano 1997.

Id., (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*, Borla, Roma 1998.

Id., *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Angeli, Milano 2002.

Id., *L'omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo mono-sintomatico*, Angeli, Milano 2005.

Id., *L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Cortina, Milano 2010.

Recalcati M., Zuccardi Merli U., *Anoressia, bulimia e obesità*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.

Steiner-Adair C., Sjostrom L., Franko D.L., Pai S., Tucker R., Becker A.E., Herzog D.B., "Primary Prevention of Risk Factors for Eating Disorders in Adolescent Girls: Learning From Practice", *International Journal of Eating Disorders*, 2002, 32, pp. 401-411.

Stice E., Trost A., Chase A., "Healthy Weight Control and Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Programs: Results from a Controlled Trial", *International Journal of Eating Disorders*, 2003, 33, pp. 10-21;

Vetrone G., Cuzzolaro M., Antonuzzi I., Garfinkel P.E., "Screening for eating disorders: false negatives and eating disorders not otherwise specified", *European Journal of Psychiatry*, 2006, 20(1), pp. 13-20.

Capitolo 5

LE MODE ALIMENTARI: AREA INDUSTRIA DELLA DIETA

Premessa

Un famoso gastronomo del Settecento, Jean Anthelme Brillant-Savarin, aveva individuato una semplice ma non scontata differenza tra il comportamento alimentare degli animali, i quali “si pascono” e quello degli uomini, che invece “mangiano” o “pranzano”, comportamento dettato non solo dalla biologia, come nel caso degli animali, ma in maniera non meno importante dalla loro cultura. Fa parte dell’essere umano rapportarsi con il cibo trascendendo da quello che è il mero carattere nutritivo; forse solo agli albori dell’umanità cibarsi è stato per gli uomini quello che è per gli animali, pura fonte di sostentamento. Per questo forse siamo l’unica forma animale che sceglie e modifica accuratamente la propria alimentazione, consumandola con forme di ritualità e ricoprendola di significati. L’alimentazione e la cucina si evolvono di pari passo con l’evoluzione umana, stringendo un legame indissolubile con la cultura e diventando mezzo privilegiato della trasmissione della cultura stessa: “Esattamente come il linguaggio, la cucina contiene ed esprime la cultura di chi la pratica, è depositaria delle tradizioni e dell’identità di gruppo. Costituisce pertanto uno straordinario veicolo di autorappresentazione e di comunicazione” (Montanari, 2006).

Ci dimentichiamo che in passato gli esseri umani mangiavano per tanti motivi oltre che per semplice necessità biologica: il piacere, la convivialità, la famiglia e la spiritualità, il loro rapporto con il mondo naturale e l’espressione della loro identità. Finché gli uomini hanno consumato i pasti in comune, mangiare era tanto questione di cultura quanto di biologia (Pollan, 2009). L’alimentazione occupa nell’uomo questa complessa posizione trasversale che, partendo dalla sfera biologica, sfocia in una dimensione culturale, sociale e quindi, inevitabilmente, identitaria. Ma se il cibo è depositario della nostra cultura, della nostra identità e, in quanto tale, è portatore di innumerevoli significati, cosa succede in una cultura dove abbiamo un’offerta infinita di cibo sia in termini quantitativi che di scelta? Per la prima volta nella storia l’uomo ha bisogno di qualcuno che gli dica cosa, come, quando e quanto mangiare. Questo sta accadendo proprio nel momento in cui vi è una disponibilità illimitata di cibo e i misteri della nutrizione sembrano essere svelati. Da sempre l’uomo ha cercato di arrivare a questi due obiettivi ma, vedendo i risultati, bisognerebbe pensare di fare qualche passo indietro. La scienza della nutrizione ha indiscutibilmente portato un’importante contributo alla salute umana riuscendo, ad esempio, a risolvere e prevenire le numerose malattie legate alla malnutrizione. La scomposizione del cibo nelle sue parti elementari, i nutrienti,

ha permesso di comprendere la funzione biologica degli alimenti e la loro influenza sul metabolismo umano. Ma la concomitanza con il rapido ed enorme sviluppo dell'industria alimentare ha portato ad un utilizzo indiscriminato e speculativo di tali scoperte scientifiche, creando una confusione totale nei riguardi dell'alimentazione e il rovesciamento della medaglia: nella società occidentale, il più grande problema di salute è legato alle patologie da iperalimentazione, quali obesità, diabete e malattie cardiovascolari. Eppure sembriamo tutti esperti. Chi, davanti ad esempio ad un piatto di pasta condita con burro e parmigiano, non sa che sta per mangiare carboidrati conditi con grassi, tra cui i temibili saturi, e una grattugiata di proteine? La diffusione incontrollata delle conoscenze scientifiche attraverso i giornali, la televisione e internet ne ha permesso un uso non più scientifico. La scomposizione degli alimenti ha spostato l'attenzione dal cibo (visibile) al nutriente (invisibile), con una perdita dei confini del significato del cibo stesso. Non esiste più il pane, ma i carboidrati; non più bistecca, ma proteine; non più olio, ma grasso. Se un alimento non risponde ai requisiti richiesti, o è (naturalmente) carente in qualche piccolo aspetto, si modifica: un'aggiunta di minerali qua, una scrematura di grassi là. E ancora, abbiamo scoperto la molecola della lunga vita? Rinchiudiamola nella pillola magica: l'integratore alimentare. Il cibo è sostituito dal non-cibo e mangiare diventa per l'uomo un'attività complessa, ingarbugliata; è per questo che ha bisogno di qualcuno che gli dia indicazioni: si è perso. Come conseguenza, il pasto è sempre più sostituito dalla dieta. In realtà, anche quest'ultima è stata vittima di un ribaltamento di significato.

L'etimologia del termine dieta deriva dal greco *diaita*, vita, modo di vivere, che contiene la stessa radice di *zao- djao*, vivo. Interessante anche il secondo significato che si ritrova nel vocabolario etimologico: dal latino *dieta*, spazio di un giorno o giornata, trasferito a indicare giorno fissato per l'adunanza e poi l'adunanza stessa (da *dies*, giorno). Ancora una volta vediamo come in passato il concetto di dieta racchiudeva un significato di vita sia intima che sociale; attualmente invece il termine dieta è utilizzato per indicare un regime alimentare personale restrittivo o che vanta probabili proprietà salutistiche. Il legame tra alimentazione e salute è sempre stato riconosciuto nella storia e in tutte le culture, per cui l'utilizzo del cibo a scopo salutistico ha sempre fatto parte della scienza medica, quello che varia sono le basi scientifiche di questo utilizzo e le finalità. Nelle precedenti arti mediche, come nella medicina galenica, ma ancora oggi nella medicina orientale o nella macrobiotica, il cibo e il regime dietetico aiutano l'organismo a ritrovare l'equilibrio e, di conseguenza, la salute. L'oggetto di cura è l'intero organismo, è l'uomo.

Attualmente, come abbiamo già detto, la scienza della nutrizione è scienza a parte ed essa a sua volta è suddivisa in varie discipline tra cui la nutrizione clinica. In realtà, anche se disponiamo di una scienza che si occupa specificatamente del legame tra salute e cibo, questa è per lo più sconosciuta mentre l'opinione comune riconosce all'alimentazione e alla dieta un solo obiettivo (ritenuto) salutistico, finale e indiscusso: il dimagrimento. In questo modo entra in gioco la grande protagonista che affianca e influenza in maniera costante l'alimentazione: la forma fisica. La persona sana e performante è la persona magra. Questo nuovo legame tra salute e magrezza ha creato un'ulteriore confusione, spostando l'atten-

zione dall'organismo al corpo, in realtà inteso come forma fisica. Tutto ciò, non dimentichiamo, nel contesto di una società consumistica. Come fanno a convivere da una parte la spinta alla magrezza e dall'altra la spinta a consumare sempre più prodotti alimentari? È qui che si insinua la *diet industry*, il grande, immenso, mercato della dieta. Nascondendosi dietro ai principi scientifici della nutrizione e giocando con essi in maniera tutt'altro che scientifica, questo mercato è probabilmente una tra le più grandi rovine della salute umana. La *diet industry* è riuscita in modo totalizzante ad eliminare ciò che di conviviale e culturale è rimasto nell'alimentazione moderna, creando una serie di miti e leggende attorno agli alimenti che, a seconda della moda, potevano divenire armi vincenti o capri espiatori (basti pensare alla demonizzazione creata attorno ai carboidrati, in particolare al pane e alla pasta, alimenti in realtà tutt'altro che nocivi alla salute umana). In questo modo anche l'alimentazione, come altri molti aspetti della cultura odierna, è divenuta relativista. Nella confusione di una moltitudine di visioni e consigli dietetici non importa chi sono e da dove vengo, mangio a seconda di indicazioni che ritengo adatte alla mia situazione e al mio scopo. Non ci deve quindi stupire che sia proprio l'alimentazione il mezzo attraverso il quale, nella cosiddetta cultura occidentale, prendono forma i disagi più profondi dell'identità, sottoforma di Disturbi del Comportamento Alimentare. Il disagio si autorappresenta e si comunica attraverso i due aspetti più esasperati da tale cultura: il consumismo (in questo caso alimentare) e l'apparenza (le forme corporee).

Bibliografia

Brillant-Savarin J.A., *Fisiologia del gusto*, trad. it, Slow Food, Bra 2008; ed. or. *Physiologie du Gout, ou Méditation de Gastronomie Transcendante*, Sautelet et Cie, Paris 1826.

Montanari M., introduzione a *"Il mondo in cucina – Storia, identità, scambi"*, 2006.

Pollan M., *In difesa del cibo*, Adelphi, Milano 2009.

MARIA GABRIELLA GENTILE*, MICHELE SCULATI, CHIARA LESSA

L'INDUSTRIA DELLA DIETA: ANALISI DEL MERCATO E DEI MESSAGGI VEICOLATI ATTRAVERSO CARTA STAMPATA E INTERNET

Premessa

“*Diet Industry*” è un termine usato negli Stati Uniti che si riferisce al florido mercato di prodotti, strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal rapporto costo-beneficio che si riflette sul consumatore. Ha lo scopo di permettere un facile guadagno sfruttando il bisogno dei soggetti che vogliono o devono perdere peso, la loro intenzionalità, la loro mancanza di consapevolezza e di preparazione necessaria ad affrontare la difficile condizione di essere in sovrappeso, spesso sostenuta da un ambiente predisponente e da specifiche condizioni sociali. Il mercato è aperto in particolare modo alle ciarlatanerie, alle stupidità, alle frodi, ai falsi ideologici e alle mistificazioni.

Con un *business* stimato tra i 30 ed i 60 miliardi di dollari nei soli Stati Uniti la “*diet industry*” è un fenomeno ben più rilevante di ciò che può comunemente essere percepito ed immaginato. L'acquisizione da 600 milioni di dollari da parte di Nestlè del programma per la perdita di peso “Jenny Craig” (2006) e la diffusione in Francia come paese pilota della dieta iperproteica “Nestlè-Proteika” segnano l'ingresso di una delle più importanti multinazionali dell'area *food* nel mercato della *diet industry*, interesse già dimostrato da Unilever che possiede da tempo il marchio Slim-fast (nato nel 1977).

Anche in Italia sono presenti realtà importanti come ad esempio Enervit SpA i cui marchi EnerZona ed Enervit Protein generano buona parte dell'intero fatturato di 36 milioni di euro anno (dati Borsa Italiana, 2009); brand spagnoli con negozi *franchising* dedicati al controllo e perdita di peso il cui fatturato globale ammonta a 250 milioni € (Potenza, 2009) (di cui approssimativamente 30 in Italia); realtà statunitensi di *network marketing*, come Herbalife, con fatturati di 2,35 miliardi di dollari in aumento dell'80% dal 2004 (in Italia si avvicinano ai 50 milioni €). Nel *ranking* delle aziende farmaceutiche statunitensi edito da Reuters Herbalife Ltd è undicesima, poco indietro rispetto a colossi come Merk &co, Eli Lilly and Co, Schering Plough Corp. Per quanto riguarda le vendite di pillole dimagranti e prodotti simili in farmacia, esse valgono più di 86 milioni di euro nel 2008, pari a più di 7 milioni di confezioni vendute; i dati Unipro in merito alle

* Responsabile Centro DCA, Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano

creme anticellulite riportano un fatturato di 86 milioni di euro nel 2005, con un incremento del 14% nel 2006 e del 7% nel 2007 e, nonostante la crisi, un'ulteriore crescita fino al raggiungimento dei 112 milioni di euro nel 2008. Con 220 istruttorie chiuse per pubblicità ingannevole documentate dagli anni '90 ad oggi dall'Antitrust, la *diet industry* si posiziona al secondo posto dei prodotti più ingannevoli nella classifica ottenuta analizzando i dati dal sito dell'Antitrust.

1. Stampa cartacea

Gli effetti del “*marketing della salute*” presente sulla stampa cartacea nei confronti del consumatore, del rapporto medico-paziente ed indirettamente dei costi della prevenzione sanitaria, sono tematiche già oggetto di discussione nella stampa scientifica internazionale (Hesse-Biber et al., 2006). La pressione ad essere magri è continuamente rinforzata da diverse pubblicità osservate sui periodici, oggetto di studi che ne hanno valutato il fenomeno in Canada (Guillen, Barr, 1994), Inghilterra (Wofford et al., 1995), Spagna (Toro et al., 1988); non vi sono studi in merito alla situazione Italiana.

Sia i messaggi pubblicitari che gli articoli sono spesso accompagnati da immagini raffiguranti modelli femminili di magrezza, i quali hanno un impatto sulla percezione delle donne riguardo alla propria immagine corporea. Molte ragazze asseriscono che le figure delle riviste influenzano i loro modelli di riferimento estetici, esiste inoltre un'associazione positiva tra la frequenza della lettura di riviste rivolte ad un target femminile e il desiderio di un calo ponderale (Field et al., 1999). Una buona parte dei prodotti e dei programmi dimagranti quando sottoposti a verifiche da parte degli enti governativi competenti non sono risultati adeguatamente testati e, addirittura, sono risultati potenzialmente pericolosi (Cleland et al., 2002; Del Guerra et al., 1992). L'obiettivo di questo studio in merito all'analisi dei principali giornali cartacei, quotidiani, settimanali e mensili, è monitorare e valutare la rilevanza dell'industria della dieta, sia attraverso la presenza di inserzioni pubblicitarie che di specifici articoli in cui vengono presentati prodotti commerciali o programmi nutrizionali dimagranti.

1.1. Materiali e metodi

È stato necessario effettuare una selezione preventiva dei giornali e dei periodici sui quali condurre lo studio. Sono state prese in considerazione riviste con una tiratura significativa (>300.000 copie) in grado, quindi, di coprire un grande pubblico e veicolare, di conseguenza, pubblicità ed informazioni su un'ampia fascia di utenti. A queste sono state aggiunte riviste, anche di tiratura inferiore, ma con un target specifico riguardante il mondo femminile, la salute e la forma fisica, coerente con quello dell'industria della dieta. Tra le riviste con una tiratura superiore alle 300.000 copie, invece, sono state volutamente escluse quelle con un target specifico e decisamente lontano da quello del pubblico dell'industria della dieta, come riviste specializzate nel settore dell'automobile, o della tecnologia.

METODOLOGIA UTILIZZATA PER IL MONITORAGGIO DEI PERIODICI

TIPO	Quantità	PERIODO		Tot. Giornali monitorati	Tot. Pagine monitorate
Settimanale	25*	feb/mag 2009	8 numeri non consecutivi per ogni settimanale	200	32.190
Mensile	19	feb/mag 2009	4 numeri consecutivi per ogni mensile	76	10.233
Quotidiani	10	mar/mag 2009	3 numeri non consecutivi (lunedì, mercoledì, sabato) a settimana di ogni quotidiano	330	18.913
Totale				606	61.336
* di cui due supplementi a quotidiani nazionali inerenti la salute: "Salute di Repubblica" e "Il Corriere Salute")					

Il monitoraggio dei settimanali e dei mensili è avvenuto per i numeri di Febbraio, Marzo, Aprile e Maggio 2009 con lo schema riportato in tabella. Per i quotidiani sono stati monitorati tre quotidiani a settimana, in giorni non consecutivi (lunedì, mercoledì e sabato), nei mesi di Marzo, Aprile e Maggio (fino al 16 Maggio) 2009. Il criterio stabilito per monitorare in modo uniforme e significativo i giornali è stato quello di assegnare un punteggio alle pubblicità e agli articoli inerenti l'industria della dieta sulla base dello spazio che occupavano. Poiché l'acquisto di spazi pubblicitari all'interno di giornali ha costi diversi a seconda della posizione in cui viene inserito e dello spazio che occupa, sono state pesate le inserzioni in base alla superficie occupata ed alla posizione nella rivista (tabella sottostante).

CRITERI UTILIZZATI PER L'ASSEGNAZIONE DI UN PUNTEGGIO AGLI ARTICOLI SU CARTA STAMPATA

Spazio occupato dall'articolo	Punteggio assegnato
Seconda di copertina o quarta di copertina	6
Pagina intera	4
Mezza pagina	2
Un quarto di pagina	1

Pubblicità ed articoli riguardanti la “*Diet Industry*” sono stati inseriti in una categoria interpretativa di valutazione qualitativa del messaggio sotto riportata; tale metodo di valutazione è stato condiviso con l’analisi dei risultati della ricerca relativa a internet con l’eccezione di 3 categorie che sono peculiari per i settori specifici. Le categorie sono il punto 7 la cui rappresentatività sulla rete è nulla anche per questioni tecniche di dimensioni delle immagini visualizzabili, la categoria relativa ai servizi di vendita on-line di diete personalizzate e quella relativa ai siti internet con rilevante penetranza pubblicitaria veicolata da *ADSense*, punti che verranno descritti nella relativa ricerca. Tutti i rilevatori hanno utilizzato una metodologia condivisa.

Per quanto concerne le categorie di classificazione adottate, i criteri sono riconducibili ai seguenti punti:

1. Informazioni attinenti a quelle ufficiali o parte di una ragionevole speculazione: articoli che riportano posizioni ufficiali, riferite a enti istituzionali o riconosciute come certe (ex, Ministero della Salute, Istituto superiore della sanità, Siti ufficiali di ospedali accreditati SSN, testi firmati da opinion leader attendibili e in contesti ritenuti validi).

2. Informazioni che non trovano riscontro scientifico:

informazioni contenute in articoli che riportano informazioni superficiali, facenti parti di luoghi comuni o di natura puramente speculativa.

3. Ingannevoli e/o potenzialmente pericolose nel breve periodo (es. preparazioni farmaceutiche magistrali contenenti un cocktail di farmaci e propagandate come erbe o omeopatia, proposte di terapie incongrue):

prodotti propagandati come utili al dimagrimento, che non possono essere ritenuti innocui, a causa della presenza di ingredienti potenzialmente pericolosi nel breve periodo, presentazione di terapie incongrue.

4. Informazioni pericolose nel medio periodo mediante la potenziale induzione di carenze inducendo carenze nutrizionali e/o comportamenti alimentari patologici (es. diete basate su false intolleranze alimentari):

diete estreme, come contenuto calorico e/o come tipologia, con esclusione sistematica, ma non giustificata, di alcuni alimenti/nutrienti. Ciò potrebbe indurre carenze nutrizionali e/o cambiamenti nel comportamento alimentare potenzialmente pericolosi per l’individuo.

5. Frodi di falso ideologico in cui i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene artatamente amplificato l’effetto per aumentare i potenziali clienti (elaborazione diete, fibre, attrezzi ginnici se non già puniti antitrust):

pubblicità che promuovono diete personalizzate, o pubblicità che propongono libri con sistemi e metodi per dimagrire (es. inserto “Fitness & Wellness), o pubblicità di centri estetici/benessere dimagranti che promettono risultati mirabolanti in qualche giorno, infine pubblicità di prodotti a contenuto elevato (> 50% del totale degli ingredienti) in fibra.

6. Frodi di mistificazione in cui vengono consigliati sistemi inutili e innocui che vengono presentati come utili ed efficaci:

pubblicità che promuovono prodotti dal dichiarato effetto dimagrante/anticellulite, quali integratori, cerotti, drenanti, contro il gonfiore addominale, tisane, creme o fanghi, attrezzi, dispositivi magici, ma che in realtà non hanno alcun effetto significativo e documentato.

7. Messaggi che attraverso un uso distorto di immagini e slogan propongono modelli femminili

di magrezza con costanti riferimenti a caratteristiche fisiche su cui è noto possano ricorrere atteggiamenti ossessivi:

pubblicità di prodotti non facenti strettamente parte della *diet industry* (ex alimenti- area food) che utilizzano sistematicamente modelli di perfezione fisica o magrezza esasperata (es. pance ultra-piatte).

1.2. Risultati dell'indagine

In tabella si riportano schematicamente i dati relativi alle percentuali rilevate di inserzioni afferenti la *diet industry* rispetto al totale delle inserzioni pubblicitarie, pesate in base a dimensioni e posizionamento attraverso il metodo precedentemente descritto.

PERCENTUALI DI PUBBLICITÀ AFFERENTI ALLA D.I. SU MENSILI E SETTIMANALI/TOTALE DI PUBBLICITÀ

	% PUBBLICITÀ DIET INDUSTRY*	% INTEGRATORI DIMAGRANTI**	% INTEGRATORI DRENANTI E CONTRO GONFIORE**	% CREME DIMAGRANTI**
MEDIA SETTIMANALI	4,9	27,7	27,8	21,1
MEDIA MENSILI	15,4	18,6	20,0	21,7
MEDIA TOTALE	10,2	23,2	23,9	21,4

* Percentuali calcolate rispetto alla pubblicità totale; ** Percentuali rispetto al totale relativo alla diet industry.

Per quanto riguarda i quotidiani la percentuale media è stata dello 0,9, non si riportano i dati in tabella in quanto calcolati con un metodo lievemente diverso.

Il 65,1% delle pubblicità relative alla *Diet Industry* era accompagnato da immagini di ideali di magrezza femminile. Tutte le pubblicità osservate sono state assegnate alle 3 categorie interpretative riportate in tabella, con una spiccata predominanza delle pubblicità considerate frodi di mistificazione. Nessuna pubblicità è stata classificata nelle altre categorie presentate.

	5: frodi falso ideologico: i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene amplificato l'effetto per aumentarne il consumo	6: frodi mistificazione: vengono consigliati sistemi inutili, presentati come utili ed efficaci	7: uso distorto di immagini e slogan per proporre modelli femminili di magrezza
	media %	media %	media %
settimanali	5,1	90,7	4,2
mensili	14,5	80,4	5,1
quotidiani	17,6	82,4	0,0
MEDIA TOTALE %	12,4	84,5	3,1

Sono stati trovati, documentati e analizzati un numero rilevante di articoli: 82 nelle riviste settimanali, 198 nelle riviste mensili, 15 nei quotidiani dove la presenza appare minore; per un totale di 295 articoli.

Nella tabella successiva si propone l'analisi della percentuale di articoli in merito alla *Diet Industry*, pesati rispetto allo spazio occupato dagli altri articoli all'interno dei rispettivi giornali:

	% Articoli diet industry
Media settimanali	0,9
Media mensili	8,6
Media %	4,8
	% Articoli diet industry
Media quotidiani (percentuale calcolata sul totale delle pagine)	0,1

Di questi, il 49,5% degli articoli era accompagnato da immagini di ideali di magrezza femminile.

1.3. Conclusioni relative ai dati raccolti in merito alla stampa cartacea

La presenza della Diet Industry sulla stampa cartacea durante il periodo monitorato (febbraio-maggio 2009) è stata rilevante, in particolare nelle riviste settimanali e mensili. Le inserzioni pubblicitarie riguardanti il dimagrimento nei settimanali hanno registrato una media del 5%, con picchi superiori all'8% nelle riviste di aprile/maggio, mentre nei mensili hanno avuto una presenza media del 15%, con crescita fino al 24%. Le categorie di prodotti maggiormente pubblicizzate hanno riguardato gli integratori dimagranti, drenanti o contro il gonfiore addominale, le creme snellenti o contro la cellulite. Queste ultime, in particolare nei mesi di aprile e maggio, hanno occupato ben il 35-40% delle inserzioni pubblicitarie relative alla *Diet Industry*. Gli accattivanti slogan pubblicitari osservati utilizzano termini ricorrenti che veicolano *claims* legati al raggiungimento di ideali di perfezione corporea attraverso una modifica del proprio corpo mediante l'utilizzo del prodotto in oggetto; tali *claims* scritti vengono frequentemente enfatizzati dall'immagine a cui sono associati.

Per quanto riguarda gli articoli relativi al dimagrimento, questi sono stati presenti in larga parte nelle riviste mensili, con una media dell'8,6% di spazio occupato rispetto al totale degli articoli; le informazioni erano veicolate con forti richiami al calo ponderale come principale *out-come* ed in modo potenzialmente confondente, come già sottolineato in letteratura (Arancio, 2004).

Infine è da segnalare che, oltre all'elevata presenza di inserzioni pubblicitarie e articoli riguardanti il dimagrimento nelle riviste monitorate, la maggior parte di queste informazioni non risultano attendibili: l'84,5% delle pubblicità sono state classificate come frodi di mistificazione, in cui vengono consigliati sistemi inutili e il 68,2% degli articoli (con punte del 90% nei mensili) non trovano seri riscontri scientifici.

La percezione del proprio corpo da parte di una ragazza (o di un ragazzo) giovane è un costrutto psicologico e, come tale, influenzabile da un'esposizione significativa a messaggi verbali o visivi in merito (Cafri, 2005; Myers, 1992; Knauss, 2007; Bardone-Cone, 2008). La percezione dell'immagine corporea è comunque un argomento tanto importante quanto complicato ed oggetto di acceso dibattito scientifico; esiste una rivista scientifica internazionale chiamata "Body Image", edita dalla più importante casa editrice scientifica al mondo (Elsevier), che pubblica articoli accademici esclusivamente su tale argomento.

Solitamente l'individuo non è in grado di riconoscere come i messaggi mediatici visivi o testuali evocano risposte emotive e come le tecniche visive siano utilizzate appositamente per incrementare l'identificazione in modelli utilizzati nelle campagne pubblicitarie. L'esposizione frequente ad immagini di ideali di magrezza provoca, con entità variabili, reazioni quali sensazione di inadeguatezza, irritazione, rabbia, ansia e depressione, reazioni che non si verificano in seguito all'esposizione di immagini raffiguranti modelle e modelli di taglia media (Rodgers, 2008).

Uomini e donne esposti ad una controllata e significativa visione dei relativi ideali di bellezza reagiscono anche modificando il proprio comportamento alimentare in modo disordinato, frequentemente non salutare (Jordan, 2008), solitamente restrittivo nelle donne (Cahill, 2007); anche gli uomini ne sono influenzati ricercando maggiormente, attraverso la dieta e l'attività fisica, anabolismo e tonificazione muscolare (fenomeno chiamato in letteratura "*muscle dysmorphia*"). Una delle reazioni più frequenti che seguono l'esposizione a modelli di magrezza è l'insoddisfazione per la propria immagine corporea (Grabe, 2008), condizione nota per essere correlata ad alterazioni nel comportamento alimentare (Melnik, 2004). Stice E. et al hanno riscontrato un legame tra i comportamenti bulimici e l'incremento dell'insoddisfazione rispetto alla propria immagine corporea (1994; 2002). Altri studi hanno inoltre rilevato la presenza di un effetto diretto dell'esposizione mediatica a ideali di magrezza sulla sintomatologia di diversi Disturbi del Comportamento Alimentare (Rukavina, 2006).

I consumatori dovrebbero essere più informati sul come muoversi nel mercato dei prodotti e dei servizi dimagranti proposti dalla *Diet Industry* e più scettici riguardo a tutti quegli "aiuti" che promettono risultati immediati e che non richiedono alcuno sforzo (Cleland, 2002); la capacità di una valutazione critica da parte del consumatore risulta essere necessaria. Diversi autori arrivano a proporre in modo diretto la necessità di interventi rivolti a ridurre l'esposizione, soprattutto di bambini ed adolescenti, ai messaggi della stampa periodica riguardanti modelli di bellezza, diete e perdita di peso (Van Den Berg, 2007).

2. Internet

Sempre più persone cercano su Internet informazioni inerenti la salute, sia di carattere strettamente medico che inerenti il più vasto ambito del benessere o “wellness”. Dal 20 al 50 % dei pazienti o dei relativi parenti cerca informazioni sulla rete in merito alla patologia di cui si è affetti, trovando una mole di informazioni di qualità decisamente variabile in cui è difficile orientarsi e che non sempre l’utente è in grado di capire ed interpretare (Boston, 2005). L’enorme disponibilità di informazioni sul web crea nuovi scenari nel rapporto medico paziente non semplici da gestire (McMullan, 2006); anche le strategie di comunicazione alla popolazione devono tenere conto di questo aspetto nell’ottica di tendere sempre alla massima efficacia. Da un’indagine effettuata dal Censis nel 2006 risulta che la quota di italiani che usa internet per informarsi sulle questioni della salute, al di là della contingenza di avere effettivamente un problema da risolvere, è pari al 25%. I risultati ufficiali dei trend di ricerca *Google Zeitgeist* 2008 riportano la parola “dieta” come la decima parola più ricercata in assoluto sulla rete in Italia, trend in aumento negli ultimi 3 anni.

Il volume di contatti possibili, l’interattività, la possibilità di *marketing* ed acquisto diretto di prodotti o programmi dimagranti fanno dell’ambiente “internet” un luogo potenzialmente pericoloso, dove può capitare di confrontarsi con realtà sostanzialmente anarchiche. Per tali motivi i risultati di questa analisi si riferiscono ad uno dei temi più rilevanti presenti sul web, con un impatto potenziale considerevole sulla salute e prevenzione di malattie croniche nella popolazione.

L’obiettivo della ricerca in merito alla *diet industry* relativo all’ambiente internet è stato quello di valutare i risultati che un comune utente può trovare in rete nel momento in cui cerca informazioni su dieta, dimagrimento ed argomenti affini.

2.1. Materiali e metodi

Google è il più importante motore di ricerca Internet ed è utilizzato anche da Libero, Arianna e Tiscali (per un rapporto di *partnership*), in Italia vengono effettuate con Google più del 90 % delle ricerche svolte sul web secondo i dati Audiweb Neilsen e SEMS (Search Engine Marketing). Per questo motivo, volendo mimare la condizione di ricerca della media dei cittadini, è stato utilizzato esclusivamente Google come motore di ricerca. Sono state selezionate 16 parole da ricercare. Dieci di queste sono inerenti la *diet industry* nel suo significato più commerciale: “dieta rapida”, “dieta dimagrante”, “dieta gratis”, “dimagrire”, “dimagrimento”, “perdere peso”, “sovrappeso”, “obesità”, “bruciare grassi”. Sono state inoltre cercate informazioni in merito a potenziali figure professionali di riferimento con 2 parole di ricerca: “dietologo”, “nutrizionista”. Per quanto riguarda, infine, i diffusi test di allergie ed intolleranze alimentari (legati attraverso opportune strategie di *marketing alla diet industry*), sono state cercate le parole “allergie alimentari” ed “intolleranze alimentari”. Una veloce panoramica delle potenzialità offerte agli utenti internet di reperire farmaci dimagranti è stata invece effettuata mediante

la ricerca delle parole: “pillole dimagranti” e “farmaci perdere peso”.

Per tutte queste parole sono state fatte ricerche in 2 diverse date (20/04/09 e 12/05/09), valutando i risultati presenti esclusivamente nella prima pagina della videata di Google (ad eccezione delle ricerche per “pillole dimagranti” e “farmaci perdere peso” per cui è stata effettuata una sola ricerca in data 13/07/09).

È stato necessario studiare un metodo di valutazione dei risultati in base alla posizione nella pagina, in quanto sono considerati più rilevanti i link ai siti presenti nelle prime posizioni (in alto) della ricerca. La prima pagina contiene dai 10 ai 25 risultati relativi a siti web non sponsorizzati e sponsorizzati. I *link* non sponsorizzati occupano la parte centrale della pagina e sono elencati dall’alto verso il basso in ordine prioritario, i link sponsorizzati sono presenti nella colonna a destra della pagina oppure nella parte alta della pagina all’inizio della lista dei risultati non sponsorizzati (la più visibile e rilevante). Ad ognuno dei risultati non sponsorizzati è stato dato un punteggio decrescente dal primo fino all’ultimo a partire da 12, in quanto 12 è il numero massimo di risultati presenti nella prima pagina della ricerca che abbiamo rilevato; solitamente i risultati sono 10 a cui si possono aggiungere 2 voci: quelle inerenti google news e la ricerca nell’archivio immagini. Il primo link non sponsorizzato verticale di ogni pagina di ricerca assume valore 12 e quelli successivi assumono i valori decrescenti corrispondenti fino ad arrivare a 3 se i risultati nella pagina sono 10, o ad 1 se i risultati sono 12.

I *link* sponsorizzati presenti in alto nella parte centrale della pagina (i più rilevanti quando presenti) possono essere da 0 a 3, viene dato a tutti valore 12 assimilandoli al valore del primo risultato della ricerca inerente i *link* non sponsorizzati. Ai link sponsorizzati sulla destra della pagina vengono dati questi valori: al primo valore 12 e a quelli successivi valore decrescente I risultati sono stati inseriti in categorie di classificazione condivise con il metodo utilizzato per la carta stampata; rispetto a quelle utilizzate per la stampa ne sono state create due aggiuntive ed eliminata una, le variazioni sono evidenziate in grassetto:

1. informazioni attinenti a quelle ufficiali o parte di una ragionevole speculazione;
2. informazioni che non trovano riscontro scientifico;
3. **siti di sola natura commerciale con informazioni parte di ragionevole speculazione, con una limitata presenza di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione:**
siti promozionali di prodotti/trattamenti ritenuti parte di ragionevole speculazione, ma finalizzati al business privato (alimenti, bevande, vendita integratori, attrezzi sportivi, centri medici);
4. **informazioni parte di una superficiale speculazione in cui troviamo una o più pubblicità di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione (con una quota maggiore del 50%):**
siti contenitori di informazioni nella maggior parte dei casi superficiali ed approssimative (solo in alcuni casi adeguate). La caratteristica comune è quella di contenere più del 50% di pubblicità ingannevole. La pubblicità ingannevole nella totalità dei

casi è veicolata tramite il sistema di pubblicità su Web chiamato GoogleADS di Google che funziona in modo sistematico;

5. ingannevoli e/o potenzialmente pericolose nel breve periodo;
6. pericolose nel medio periodo mediante la potenziale induzione di carenze inducendo carenze nutrizionali e/o comportamenti alimentari patologici;
7. frodi di falso ideologico in cui i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene artatamente amplificato l'effetto per aumentare i potenziali clienti;
8. frodi di mistificazione: vengono consigliati sistemi inutili e innocui che vengono presentati come utili e efficaci;
9. messaggi che attraverso un uso distorto di immagini e slogan propongono modelli femminili di magrezza con costanti riferimenti a caratteristiche fisiche su cui è noto possano ricorrere atteggiamenti ossessivi:
tale punto non è stato rilevato sul Web per il fatto che l'utilizzo di immagini di grandi dimensioni e di impatto e per ora poco utilizzato in questo ambiente, probabilmente per questioni di tipo tecnico.

Al fine di rendere più leggibili i risultati sono state accorpate le categorie interpretative dei punti 1,2,3, denominato "A"; 4, 5, 6, 7, 8 denominato "B". Il gruppo "A" è caratterizzato da informazioni che non hanno caratteristiche particolarmente negative, al limite possono esservi opinioni non supportate da evidenze scientifiche oppure informazioni veicolate da aziende private, solitamente multinazionali dell'area *food* oppure o attività cliniche afferenti al dimagrimento o alla medicina estetica. Il gruppo "B" al contrario caratterizza tutte le realtà che per la presenza di messaggi ingannevoli, frodi o potenziale pericolosità hanno caratteristiche negative.

2.2. Risultati

Per quanto riguarda i link non sponsorizzati, l'analisi della media dei risultati delle otto parole ricercate ["dieta rapida", "dieta dimagrante", "dieta gratis", "dimagrire", "dimagrimento", "perdere peso", "sovrappeso", "obesità", "bruciare grassi", "dietologo", "nutrizionista"] nelle due diverse date di indagine (20/04/09 e 12/05/09) mostra il 65,85 % di risultati afferenti al gruppo B, con una predominanza netta del 57% dei siti della categoria 4 che veicolano informazioni ingannevoli attraverso contenitori (siti) di informazioni superficiali con le pubblicità gestite da googleADS, mentre i siti relativi ai punti 5, 6, 7, 8 sono l'8,8%.

L'analisi dei link sponsorizzati, mostra che anche in questo caso è predominante il gruppo B, anche se la composizione di questo valore è data per il 55,3% da siti facenti parte dei punti 5, 6, 7, 8 e solo per il 12% dal punto 4.

Si sottolinea come, a differenza dei link non sponsorizzati, sia decisamente superiore la presenza di *link* diretti di attività commerciali afferenti la *diet industry* che fanno direttamente campagne pubblicitarie mirate utilizzando le parole chiave selezionate in questa ricerca. Nella tabella di seguito si riassumono i dati esposti:

CATEGORIA	NON SPONSORIZZATI		SPONSORIZZATI	
	%	SOMMA %	%	SOMMA %
1. Informazioni attinenti a quelle ufficiali o parte di una ragionevole speculazione	9,01	Gruppo A 34,14	5,50	Gruppo A 32,70
2. Informazioni che non trovano riscontro scientifico	13,03		7,52	
3. siti di natura commerciale con informazioni parte di ragionevole speculazione, con limitata presenza di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione	12,10		19,68	
4. informazioni parte di una superficiale speculazione in cui troviamo una o più pubblicità di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione (se più pubblicità, con quota maggiore del 50%).	57,04	Gruppo B 65,85	12,00	Gruppo B 67,30
5. Ingannevoli e/o Potenzialmente pericolose nel breve periodo	2,32		5,23	
6. Pericolose nel medio periodo mediante la potenziale induzione di carenze inducendo carenze nutrizionali e/o comportamenti alimentari patologici	3,00		3,03	
7. Frodi di falso ideologico in cui i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene artatamente amplificato l'effetto per aumentare i potenziali clienti	2,50		15,45	
8. Frodi di mistificazione vengono consigliati sistemi inutili e innocui che vengono presentati come utili e efficaci	0,99		31,59	

2.2.2. Analisi delle parole “allergie alimentari”, “intolleranze alimentari”

Per i link non sponsorizzati: nella ricerca delle parole “allergie alimentari” ed “intolleranze alimentari” la maggioranza dei risultati, pari al 52,85%, rientrano nel gruppo B con una notevole incidenza dei siti che veicolano pubblicità ingannevole tramite GoogleADS; occupa una parte considerevole il punto 6 relativo a siti considerati pericolosi per induzioni di carenze o comportamenti scorretti, che ha un'incidenza maggiore degli altri e per il quale si è rilevato un aumento nella ricerca effettuata nella seconda data.

Questo in quanto vi sono numerose attività commerciali che propongono diete in base a presunte intolleranze-allergie alimentari diagnosticate con metodologie non convenzionali e da personale non medico. Vi è, tuttavia, una presenza significativa anche dei siti del gruppo A pari al 47,15 con un'incidenza rilevante del punto 1 (31,11%), cioè delle informazioni attinenti a quelle scientifiche.

Nei link sponsorizzati non vi è nemmeno un risultato per il gruppo A “informazioni scientifiche”, sale invece considerevolmente il gruppo B al 70,02%, in questo risultato i siti delle categorie 5, 6, 7, 8 occupano il 53,86%.

Per le parole “allergie alimentari” e “intolleranze alimentari” l’investimento economico nella pubblicità sul web di aziende considerate serie è particolarmente elevata (quasi il 30 %), sintomo di precise strategie di *web marketing* mediante l’utilizzo di parole su cui vi è una forte attenzione da parte di nicchie di popolazione, come si può evincere dai risultati riportati nella tabella seguente:

CATEGORIA	NON SPONSORIZZATI		SPONSORIZZATI	
	%	SOMMA %	%	SOMMA %
1. Informazioni attinenti a quelle ufficiali o parte di una ragionevole speculazione	31,11	Gruppo A 47,15	0	Gruppo A 29,96
2. Informazioni che non trovano riscontro scientifico	8		0	
3. siti di natura commerciale con informazioni parte di ragionevole speculazione, con limitata presenza di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione	8,04		29,96	
4. informazioni parte di una superficiale speculazione in cui troviamo una o più pubblicità di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione (se più pubblicità, con quota maggiore del 50%).	33,76	Gruppo B 52,85	16,16	Gruppo B 70,02
5. Ingannevoli e/o Potenzialmente pericolose nel breve periodo, integratori venduti da siti esteri, ipnosi per anoressia/bulimia	1,85		0	
6. Pericolose nel medio periodo mediante la potenziale induzione di carenze inducendo carenze nutrizionali e/o comportamenti alimentari patologici	10,33		30,26	
7. Frodi di falso ideologico in cui i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene artatamente amplificato l'effetto per aumentare i potenziali clienti	0		11,44	
8. Frodi di mistificazione vengono consigliati sistemi inutili e innocui che vengono presentati come utili e efficaci.	6,91		12,16	

2.2.3. Analisi delle parole: “pillole dimagranti”, “farmaci perdere peso”

I risultati osservati nei *link* non sponsorizzati: il 41,92% dei siti osservati è stato inserito nei punti 4-8, nel dettaglio il 34,13% è riferibile al punto 5 ingannevoli e/o pericolosi nel breve periodo, il

7,79% al punto 6 pericolose nel medio periodo; più del 40% siti osservati relativi alla ricerca “pillole dimagranti” e “farmaci perdere peso” rientra in siti pericolosi, il che desta particolare preoccupazione. Inoltre il 28,87% rientra nel punto 4, siti che veicolano pubblicità ingannevole tramite GoogleADS, quindi i siti del gruppo B risulta pari al 70,79%, un valore davvero considerevole. A questo dato si contrappone quello dei siti con informazioni attinenti a quelle scientifiche del 14% al punto 1, il che vuole dire che l’utente, può avere accesso a siti con una buona qualità di informazioni ma deve sapere come selezionare i *link* che gli vengono presentati. Si segnala la presenza di siti in cui è possibile acquistare online farmaci contenenti sibutramina o orlistat, attualmente soggetti all’obbligo di ricetta medica. Risultati osservati nei *link* sponsorizzati: il 54,54%, più della metà dei risultati, è catalogato come frodi di mistificazione per sistemi inutili/innocui (punto 8), categoria di siti del tutto assente nei link non sponsorizzati. Il 78,37% dei risultati rientra tra siti del gruppo B mentre si azzerava la presenza del punto 1, una situazione davvero poco rassicurante, come si evince dalla tabella:

CATEGORIA	NON SPONSORIZZATI		SPONSORIZZATI	
	%	SOMMA %	%	SOMMA %
1. Informazioni attinenti a quelle ufficiali o parte di una ragionevole speculazione	14,00	Gruppo A 29,21	0	Gruppo A 21,63
2. Informazioni che non trovano riscontro scientifico	15,21		0	
3. siti di natura commerciale con informazioni parte di ragionevole speculazione, con limitata presenza di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione	0		21,63	
4. informazioni parte di una superficiale speculazione in cui troviamo una o più pubblicità di prodotti ingannevoli, pericolosi, con falso ideologico o di mistificazione (se più pubblicità, con quota maggiore del 50%)	28,87	Gruppo B 70,79	0	Gruppo B 78,37
5. Ingannevoli e/o Potenzialmente pericolose nel breve periodo, integratori venduti da siti esteri, ipnosi per anoressia/bulimia	34,13		8,17	
6. Pericolose nel medio periodo mediante la potenziale induzione di carenze inducendo carenze nutrizionali e/o comportamenti alimentari patologici	7,79		15,66	
7. Frodi di falso ideologico in cui i prodotti sono di per sé utili, ma ne viene artatamente amplificato l'effetto per aumentare i potenziali clienti	0		0	
8. Frodi di mistificazione vengono consigliati sistemi inutili e innocui che vengono presentati come utili e efficaci	0		54,54	

2.3. Conclusioni relative alla ricerca su internet

Nel 2005 fu condotto il primo studio in merito alla qualità delle informazioni inerenti alla nutrizione che la popolazione può consultare su internet usando Google come motore di ricerca. I risultati furono che, al di là di un aspetto grafico attraente, la maggior parte di tali siti riporta informazioni giudicate “inaccurate” (Sutherland, 2005). Murphy R. et al hanno valutato la qualità delle risorse disponibili in rete quando vengono cercate informazioni relative alla terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare (2005) giudicandole complessivamente di bassa qualità.

La ricerca realizzata rappresenta il primo studio a nostra conoscenza che valuta la qualità delle risorse che un navigatore medio può reperire sulla rete cercando informazioni relative alla dieta ed in generale alla *diet industry*.

I risultati mostrano un panorama non incoraggiante, dove si riscontra l'incidenza del 65,8% relativa a *link* non sponsorizzati e del 67,3% relativa a *link* sponsorizzati di siti che contengono messaggi o maggioritarie quote pubblicitarie considerate potenzialmente ingannevoli, pericolosi nel medio o breve periodo, frodi di falso ideologico o mistificazione (Gruppo B). Questo per quanto riguarda la ricerca relativa alle parole dieta, dieta rapida, dieta dimagrante, dieta gratis, dimagrire, dimagrimento, perdere peso, sovrappeso, obesità, bruciare grassi, dietologo, nutrizionista che possono mimare un utente inesperto che cerca informazioni aspecifiche su internet.

I risultati relativi ai termini “allergie alimentari” ed “intolleranze alimentari” mostrano il 52,8% relativo a *link* non sponsorizzati ed il 70% relativo a *link* sponsorizzati di risultati considerati potenzialmente ingannevoli, pericolosi nel medio o breve periodo, frodi di falso ideologico o mistificazione.

Il divario tra *link* sponsorizzati e non indica una importante pressione pubblicitaria relativa all'industria della dieta connessa al diffuso fenomeno dei test alternativi per intolleranze-allergie alimentari. Rientrano in tali metodiche “alternative” diversi test tra cui il Dria, Vega, Alcat, Leucocitotossico, i test di provocazione/neutralizzazione, la kinesiologia applicata, la biorisonanza, l'analisi del capello e altri. Tali test non sono stati validati dalla letteratura scientifica per la diagnosi di allergie o intolleranze, e i suggerimenti nutrizionali che da essi scaturirebbero possono rendere non bilanciata la relativa dieta e un approccio di questo tipo può rallentare la diagnosi di una reale condizione patologica (Niggermann, 2004). Si puntualizza che la diagnosi di allergie ed intolleranze è un atto medico e non dovrebbe essere compiuta da altre figure professionali, come frequentemente avviene con alcuni di questi test.

È stata verificata su Pagine Gialle on-line a settembre 2009 l'esistenza di 140 esercizi commerciali rispondenti a “test intolleranze alimentari”; di queste solo 30 risultano attività gestite da un medico, l'80 % circa di tali attività appartengono alla categoria: farmacie, parafarmacie, istituti di bellezza, massaggi, benessere centri e studi, fisiokinesiterapia e fisioterapia, omeopatia ed altre. Qualora l'utente volesse anche un supporto farmacologico, se è in possesso di una carta di credito, non vi sarà alcun problema; non è nemmeno necessario co-

noscerne il nome commerciale o il principio attivo, è sufficiente digitare le parole pillole dimagranti o farmaci perdere peso per trovare in prima pagina siti che spediscono a domicilio i farmaci con la relativa ricetta di medici consenzienti (tali attività sembrano avere sede all'estero, ad esempio alle Mauritius ed alle Isole Vergini Britanniche). Tali informazioni sono parte del 70,79% medio di risultati considerati potenzialmente ingannevoli, pericolosi nel medio o breve periodo, frodi di falso ideologico o mistificazione relativi alla ricerca dei termini "farmaci perdere peso" e "pillole dimagranti" contenute nei link non sponsorizzati, dato che sale al 78,37 nei link sponsorizzati.

Da segnalare che una parte rilevante delle pubblicità ingannevoli viene veicolata sui siti tramite il sistema GoogleADS, in modo ricorrente e mutevole nel tempo in base agli investimenti delle aziende nelle campagne pubblicitarie. Esiste un florido mercato di pillole dimagranti sul Web, sono prodotti noti da tempo per la loro sostanziale inutilità, come riportato sulle riviste scientifiche specializzate (Egger, 1999) e su articoli divulgativi di importanti testate giornalistiche (Corriere della Sera, la Repubblica).

Un'analisi svolta considerando i dati delle multe Antitrust 2007 pone i dimagranti secondi solo alla telefonia come entità delle multe assegnate (35 violazioni per 1,1 milioni di euro complessivi di multa 69). L'Antitrust sottolinea che queste pubblicità ingannevoli sono rivolte a soggetti che si trovano in condizioni particolari di debolezza psicologica e, quindi, di particolare vulnerabilità rispetto ai messaggi pubblicitari.

L'accertata e recidivante informazione ingannevole nei messaggi di marketing li include in una categoria di prodotti a rischio di ulteriori recidive. Sono inoltre da segnalare alcune ricerche in cui è stata evidenziata una pericolosità di tali prodotti, nessuna indagine specifica è stata condotta in Italia, tuttavia molti prodotti in vendita sui siti internet provengono da società estere che hanno il sito tradotto in più lingue. L'FDA in un comunicato stampa ufficiale del Dicembre 2008 aggiornato a gennaio 2009 elenca ben 69 integratori alimentari dimagranti acquistabili su internet potenzialmente pericolosi per il contenuto non indicato ma accertato dall'ente governativo di sostanze farmacologicamente attive 70. Swissmedic, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, organo governativo, ha recentemente svolto una ricerca in cui 8 dei 13 campioni di integratori dimagranti analizzati contenevano principi attivi sintetici: tre di questi contenevano una combinazione dei principi attivi sibutramina e fenolfaleina, tre sibutramina, uno fenolfaleina e uno caffeina non dichiarati in etichetta.

A fronte di un'immediata e semplice possibilità di acquisto di queste pillole dimagranti (Sharpe, 2006), decine di effetti collaterali, interazioni farmacologiche ed eventi avversi sono segnalati in letteratura scientifica in tutto il mondo (Saper, 2004; Pittler, 2005); ad ora l'unico principio attivo ritirato dal commercio è stata l'*ephedra*, solo dopo la segnalazione di quasi 16.000 eventi avversi. Esistono numerose segnalazioni anche in merito ad effetti avversi, soprattutto di tipo epatotossico, osservati in pazienti in seguito all'assunzione di prodotti *Herbalife* (Stickel, 2008).

Uno dei siti più ricorrenti nelle campagne veicolate da GoogleADS riguarda il commercio di prodotti per la cosiddetta "pulizia intestinale". Il fatto che la pulizia intestinale possa

aiutare a detossificare il colon o a “sgonfiare” l’addome è un argomento oggetto di accese critiche da parte della comunità scientifica (Ernst, 1997), viene tuttavia utilizzato dalla *diet industry* con apposite pillole, vendita di apposite strumentazioni, nonché proposto da numerosi professionisti come metodica terapeutica e preventiva.

La sistematica presenza sul web di attività di *marketing* relative alla pulizia intestinale avviene anche in altri paesi, come recentemente documentato da “The Medical Letter”, veicolando messaggi ingannevoli, terapie incongrue e potenzialmente letali 84 85. Più in generale, in merito alle risorse disponibili in rete riguardanti la medicina alternativa, è stata svolta dal *National Prescribing* Australiano una ricerca il cui esito è che le informazioni reperibili sono frequentemente inaccurate o ingannevoli (McGuire, 2009).

Già nel 2006 fu dimostrato come su internet, utilizzando i più popolari motori di ricerca, fosse possibile acquistare farmaci oppioidi, poi confermato da studi relativi a sostanze narcotiche (Forman, 2006) e stimolanti (Schepis, 2008); in questo studio si è rilevata anche la possibilità di comprare farmaci per il dimagrimento.

Si può quindi riassumere che il mercato delle campagne pubblicitarie on line attraverso il motore di ricerca Google è occupato per il 52-78% da siti web classificati nel gruppo B, cioè siti web considerati potenzialmente ingannevoli, pericolosi nel medio o breve periodo, frodi di falso ideologico o mistificazione.

3. Considerazioni finali

Le informazioni relative alla salute reperibili sulla carta stampata e sul web hanno oggi un ruolo dimostratosi rilevante negli adolescenti (Gray, 2005; Norris, 2007), parte della popolazione particolarmente vulnerabile all’ambiguità e pericolosità delle molteplici informazioni reperite.

L’elevata quantità di informazioni ingannevoli o potenzialmente pericolose trovate in questa ricerca espone ampie fasce di popolazione prive adeguate capacità di lettura dei risultati a messaggi che possono complicare ulteriormente il motivo per cui hanno cercato informazioni relative alla *diet industry*. L’obesità infantile in Italia mostra dati preoccupanti ed è considerata una delle principali cause di mortalità prevenibile negli adulti, i Disturbi del Comportamento Alimentare incrementano costantemente la loro prevalenza e sono considerate la principale causa di mortalità nelle giovani donne in Italia; queste motivazioni sembra possano considerarsi sufficienti per promuovere serie azioni di sensibilizzazione alla popolazione ed una regolamentazione più seria nei confronti della qualità delle informazioni afferenti alla *diet industry* reperibili su carta stampata, internet e sui principali canali mediatici.

Bibliografia

Italian obesity task force, Ligio 99, Linee guida italiane dell’obesità, 1999.

Jonathan Lemonier, Big Players in Diet Industry Shift Focus to Online Presences Alcone

Marketing Group February, 2008.

Reisner R., "The Diet Industry: A Big Fat Lie", *Business Week*, 2008.

Nestlé enters weight management market - Jenny Craig acquisition enhances Group's nutrition, health and wellness dimension.

Nestlé press release. Vevey, June 19, 2006

Borsa Italiana, Enervit spa- profili societari, accesso il 12-07-2009

Potenza T., Lo spagnolo che fa ingrassare il fatturato Europass.: 16/04/2009

Reuters financial statements, Herbalife Ltd. (New York Stock Exchange), accessed 14/07/2009.

Bilancio Aziendale Herbalife Italia SPA, 31/12/2007

Learn about the US Pharmaceutical Industry Report, 2008-2009. Reuters, May 2009.

Report Ac Nielsen per FederSalus, febbraio 2009

Sinergie anticellulite, Esthetitaly, 04-2009, pg 48-50.

Pubblicità ingannevole e comparativa, Autorità Garante della concorrenza e del mercato. <http://www.agcm.it/>, accesso 13/07/2009.

S. Hesse-Biber, P. Leavy, C. E. Quinn and J. Zoino, The Mass Marketing of Disordered Eating and Eating Disorders: The Social Psychology of Women, Thinness and Culture, *Women's Studies International Forum*, Volume 29, Issue 2, March-April 2006, Pages 208-224.

Guillen EO, Barr SI, Nutrition, dieting and fitness messages in a magazine for adolescent women, 1970-1990, *J Adolesc Health*, 1994 Sep;15(6):464-72.

Wofford JL, Pinson JA, Folmar SJ, Moran WP, Health-related messages in consumer magazine advertising, *J Gen Intern Med*. 1995 Sep;10(9):488-90.

J Toro, M Cervera, P Prrez, Body Shape, Publicity and Anorexia Nervosa, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 23, Number 2/June, 1988.

Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA, Exposure to the mass media and weight concerns among girls, *Pediatrics*. 1999 Mar;103(3):E36.

R. L. Cleland, W. C. Gross, L. D. Koss, M. Daynard, K. M. Muoio, Weight-Loss Advertising: an Analysis of Current Trends, A Report of the Staff of the Federal Trade Commission, September 2002.

P. Del Guerra, N. Caraccio, M. Simoncini and F. Monzani, Occupational Thyroid Disease, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Volume 63, Number 6/February, 1992.

Arancio OM, Chaud DM, Weight-loss Advertised in Non-scientific Publications, *Cad Saude Publica*. 2004 Sep-Oct;20(5):1219-22. Epub 2004 Oct 13.

Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2005 Feb;25(2):215-39. Epub 2004 Dec 30.

Philip N. Myers, Jr. and Frank Biocca, The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distorsions in Young Women, *Journal of Communication*, Vol. 42, 1992.

Christine Knauss, Susan J. Paxton and Françoise D. Alsaker, Relationships amongst body

dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys, *Body Image*, Volume 4, Issue 4, December 2007, Pages 353-360.

Anna M. Bardone-Cone, Kamila M. Cass and Jennifer A. Ford, Examining body dissatisfaction in young men within a biopsychosocial framework, *Body Image*, Volume 5, Issue 2, June 2008, Pages 183-194.

R. Hobbs, S. Broder, H. Pope and J. Rowe, How Adolescent Girls Interpret Weight-loss Advertising.

Joshi R, Herman CP, Polivy J Self-enhancing effects of exposure to thin-body images. *Int J Eat Disord*. 2004 Apr;35(3):333-41.

Durkin SJ, Paxton SJ. Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *J Psychosom Res*. 2002 Nov;53(5):995-1005.

Birkeland R, Thompson JK, Herbozo S, Roehrig M, Cafri G, van den Berg P. Media exposure, mood, and body image dissatisfaction: an experimental test of person versus product priming. *Body Image*. 2005 Mar;2(1):53-61.

Monro F, Huon G. Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *Int J Eat Disord*. 2005 Jul;38(1):85-90.

Rodgers R, Chabrol H. The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women. *Encephale*. 2009 Jun;35(3):262-8. Epub 2008 Sep 20.

Jordan AB, Kramer-Golinkoff EK, Strasburger VC. Does adolescent media use cause obesity and eating disorders? *Adolesc Med State Art Rev*. 2008 Dec;19(3):431-49, viii-ix. 15

Monro FJ, Huon GF. Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behavior. *Eat Behav*. 2006 Nov;7(4):375-83. Epub 2006 Jan 20.

Cahill S, Mussap AJ. Emotional reactions following exposure to idealized bodies predict unhealthy body change attitudes and behaviors in women and men. *J Psychosom Res*. 2007 Jun;62(6):631-9.

Anschutz DJ, Engels RC, Van Strien T. Susceptibility for thin ideal media and eating styles. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):70-9. Epub 2007 Sep 21.

Leit RA, Gray JJ, Pope HG Jr. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord*. 2002 Apr;31(3):334-8.

Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull*. 2008 May;134(3):460-76.

Susan E. Melnyk, Thomas F. Cash, and Louis H. Janda, Body image ups and downs: prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences, *Body Image*, Volume 1, Issue 3, September 2004, Pages 225-235.

Stice E., Shaw H.E., "Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology", *Journal of social and clinical psychology*, 1994, vol. 13, 3, pp. 288 -308.

Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pa-

thology: a synthesis of research findings, *J Psychosom Res.* 2002 Nov;53(5):985-93.

Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol.* 1994 Nov;103(4):836-40.

Rukavina T, Pokrajac-Bulian A. Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eat Weight Disord.* 2006 Mar;11(1):31-7.

Hogan MJ, Strasburger VC. Body image, eating disorders, and the media. *Adolesc Med State Art Rev.* 2008 Dec;19(3):521-46, xxi.

Van Den Berg P, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Haines J, Is Dieting Advice From Magazines Helpful or Harmful? Five-year Associations with Weight-control Behaviours and Psychological Outcomes in Adolescents, *Pediatrics.* 2007 Jan;119(1):e30-7.

Derenne JL, Beresin EV. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatry.* 2006 May-Jun;30(3):257-61.

Boston M, Ruwe E, Duggins A, Willging JP, "Internet use by parents of children undergoing outpatient otolaryngology procedures", *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2005;131(8):719-22.

Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review, *JAMA*, 2002 May 22-29;287(20):2691-700.

Croft DR, Peterson MW. An evaluation of the quality and contents of asthma education on the World Wide Web. *Chest.* 2002 Apr;121(4):1301-7.

Roshandel D, Rezailashkajani M, Ansari S, Zali MR. Internet use by a referral gastroenterology clinic population and their medical information preferences, *Int J Med Inform.* 2005;74(6):447-59.

McMullan M., "Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship", *Patient Educ Couns.* 2006 Oct;63(1-2):24-8. Epub 2006 Jan 6.

Kivits J. Informed patients and the internet: a mediated context for consultations with health professionals. *J Health Psychol.* 2006 Mar;11(2):269-82.

Kivits J. Everyday health and the internet: a mediated health perspective on health information seeking. *Sociol Health Illn.* 2009 Jul;31(5):673-87. Epub 2009 Feb 11.

Comunicato stampa Censis: "Aumenta la domanda di informazione sulla salute e cresce il ruolo dei media nell'offerta", 3 ottobre 2006 sui risultati dell'indagine realizzata dal Censis per conto del Forum della Ricerca Biomedica su un campione di 1.000 italiani rappresentativi della popolazione residente.

Google Zeitgeist 2008: la classifica delle parole più cercate, *Panorama*, 10 dic 2008.

Sutherland LA, Wildemuth B, Campbell MK, Haines PS. Unraveling the web: an evaluation of the content quality, usability, and readability of nutrition web sites. *J Nutr Educ Behav.* 2005 Nov-Dec;37(6):300-5.

Murphy R, Frost S, Webster P, Schmidt U. An evaluation of web-based information. *Int J*

Eat Disord. 2004 Mar;35(2):145-54

Wüthrich B J, Unproven techniques in allergy diagnosis. *Investig Allergol Clin Immunol.* 2005;15(2):86-90.

Beyer K, Teuber SS. Food allergy diagnostics: scientific and unproven procedures. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2005 Jun;5(3):261-6.

Niggemann B, Grüber C. Unproven diagnostic procedures in IgE-mediated allergic diseases. *Allergy.* 2004 Aug;59(8):806-8.

The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy position paper, Unorthodox Techniques for the Diagnosis and Treatment of Allergy, Asthma and Immune Disorders, Tuesday, 20 November 2007

Senna G, Gani F, Leo G, Schiappoli M. Alternative tests in the diagnosis of food allergies, *Recenti Prog Med.* 2002 May;93(5):327-34.

Stapel SO, Asero R, Ballmer-Weber BK, Knol EF, Strobel S, Vieths S, Kleine-Tebbe J (2008). Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy* 63, 793-796.

Egger G, Cameron-Smith D, Stanton R. The effectiveness of popular, non-prescription weight loss supplements. *Med J Aust.* 1999 Dec 6-20;171(11-12):604-8.

Allison DB, Fontaine KR, Heshka S, Mentore JL, Heymsfield SB. Alternative treatments for weight loss: a critical review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2001 Jan;41(1):1-28.

Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *Int J Obes (Lond).* 2005 Sep;29(9):1030-8.

Pittler MH, Ernst E. Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2004 Apr;79(4):529-36.

De Bac M., Inchiesta sulle pillole per dimagrire. *Corriere della Sera*, 5 Giugno 2003.

Pillole dimagranti e integratori Sirchia avvia un'indagine, *La Repubblica*, 4 giugno 2003

Valsecchi M., La pubblicità è l'anima del commercio. *Dialogo sui farmaci*, Aprile 2007

FDA NEWS RELEASE FDA Expands Warning to Consumers About Tainted Weight Loss Pills List increases from 28 to 69 products; Agency seeking recalls December 22, 2008

Swissmedic-Istituto Svizzero per gli agenti terapeutici: segnala pericolosi componenti in presunti dimagranti vegetali. Bern 28-03-2009

Sharpe PA, Granner ML, Conway JM, Ainsworth BE, Dobre M. Availability of weight-loss supplements: Results of an audit of retail outlets in a southeastern city. *J Am Diet Assoc.* 2006 Dec;106(12):2045-51.

Saper RB, Eisenberg DM, Phillips RS. Common dietary supplements for weight loss. *Am Fam Physician.* 2004 Nov 1;70(9):1731-8.

Pittler MH, Schmidt K, Ernst E. Adverse events of herbal food supplements for body weight reduction: systematic review. *Obes. Rev.* 2005 May;6(2):93-111.

FDA Announces Rule Prohibiting Sale of Dietary Supplements Containing Ephedrine Alkaloids FDA Statement April 12, 2004

Food and Drug Administration. HHS acts to reduce safety concerns associated with dietary supplements containing ephedra. www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/ephedra/fact-

sheet.html (accessed 2003 Apr 9).

Katz JL. A psychotic manic state induced by an herbal preparation. *Psychosomatics*. 2000 Jan-Feb;41(1):73-4.

Chao S, Anders M, Turbay M, Olaiz E, Mc Cormack L, Mastai R. Toxic hepatitis by consumption Herbalife products a case report *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2008 Dec;38(4):274 -7.

Stickel F, Droz S, Patsenker E, Bögli-Stuber K, Aebi B, Leib SL. Severe hepatotoxicity following ingestion of Herbalife nutritional supplements contaminated with *Bacillus subtilis*. *J Hepatol*. 2009 Jan;50(1):111-7. Epub 2008 Oct 18.

Schoepfer AM, Engel A, Fattinger K, Marbet UA, Criblez D, Reichen J, Zimmermann A, Oneta CM. Herbal does not mean innocuous: ten cases of severe hepatotoxicity associated with dietary supplements from Herbalife products. *J Hepatol*. 2007 Oct;47(4):521-6. Epub 2007 Jul 24.

Elinav E, Pinsker G, Safadi R, Pappo O, Bromberg M, Anis E, Keinan-Boker L, Broide E, Ackerman Z, Kaluski DN, Lev B, Shouval D Association between consumption of Herbalife nutritional supplements and acute hepatotoxicity. *J Hepatol*. 2007;47(4):514-20. Epub 2007 Jul 26.

Ernst E. Colonic irrigation and the theory of auto-intoxication: A triumph of ignorance over science. *Journal of Clinical Gastroenterology* 24:196-198, 1997.

The Medica Letter, Web sites and blogs are advising patients that periodic "cleansing" of the colon is necessary to rid the body of toxins. May 18, 2009; (1312) pp. 39-40.

Attorney General Abbott sues 'colonic hydrotherapy' providers for abuse of medical devices; one death reported: Suits allege unsafe use of devices without physician oversight is a public health issue. Texas Attorney General news release, Dec 1, 2003.

Handley DV and others. Rectal perforation from colonic irrigation administered by alternative practitioners. *Medical Journal of Australia* 181:575-576, 2004.

McGuire TM, Walters JA, Dean AJ et al. Review of the Quality of Complementary Medicines Information Resources: Summary Report. National Prescribing Service, Sydney, March 2009.

Forman RF, Marlowe DB, McLellan AT. The Internet as a source of drugs of abuse. *Curr Psychiatry Rep*. 2006 Oct;8(5):377-82.

Forman RF. Innovations: Alcohol & drug abuse: Narcotics on the net: the availability of Web sites selling controlled substances, *Psychiatr Serv*. 2006 Jan;57(1):24-6.

Schepis TS, Marlowe DB, Forman RF. The availability and portrayal of stimulants over the Internet. *J Adolesc Health*. 2008 May;42(5):458-65. Epub 2008 Mar 4.

Gray NJ, Klein JD, Noyce PR, Sesselberg TS, Cantrill JA. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Soc Sci Med*. 2005 Apr;60(7):1467-78.

Norris ML. HEADSS up: Adolescents and the Internet, *Paediatr Child Health*. 2007;12(3):211-6.

Gentile M.G - Il mito della magrezza. In: Gentile M.G. Aggiornamenti in Nutrizione Clinica, 12. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004; 3-19.

Ministero del Lavoro, della Salute, e delle politiche Sociali. Okkio alla salute, la mappa dell' obesità infantile in Italia. Comunicato stampa 7 ottobre 2008.

Istituto superiore di Sanità, IRCCS San Raffaele, Società Italiana Obesità, Progetto "Dai peso al peso", comunicato stampa Roma, 4 febbraio 2009.

Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Res.* 2003 Jul 15;119(1-2):145-54.

Anoressia e bulimia, prima causa di morte per malattia fra le giovanissime, *Corriere della Sera*, 12 marzo 2009.

SIMONETTA MARUCCI*

TOPOLINO È GRASSO O MAGRO?

OBESITÀ INFANTILE E FATTORI DI RISCHIO

Premessa

“Secondo te, Topolino è grasso o magro?”. Questa interessante quanto inquietante domanda mi veniva posta, tempo fa, non da un bambino curioso, ma da un serissimo Pediatra Endocrinologo, in occasione di un Convegno dove si affrontava il tema dei Disturbi Alimentari. Topolino è magro e buono, come Pippo ed altri personaggi positivi, mentre Pietro Gambadilegno ed i Bassotti sono grassi e cattivi. Topolino sta in casa e guarda la televisione, mangia il panino e, soprattutto, non crea problemi.

Negli ultimi anni, anche altri personaggi dei cartoni animati televisivi hanno progressivamente acquistato le sembianze di corpi sempre più esili e filiformi: basti pensare ai *cartoons* giapponesi, i cui eroi positivi o negativi sono associati sempre a ben precise caratteristiche fisiche. Si calcola che, negli ultimi 30 anni, le reti televisive abbiano aumentato di circa 4 ore il tempo dedicato a programmi per bambini, durante i quali questi ultimi sono esposti ad un grande numero di stimoli non sani: si stima che un bambino veda circa 40.000 pubblicità per anno. La pubblicità di cibi commerciali, rivolta ai bambini, è aumentata; la costante presenza di cibo in film, show e cartoni porta ad una concezione sbagliata della dimensione nutrizionale e porta ad introdurre un eccesso di cibi, poveri dal punto di vista qualitativo.

In America i giovani passano oltre 6 ore al giorno davanti alla televisione, ai videogames, al computer, o ascoltando CD o MP3. L'uso così prolungato dei media porta ad interiorizzare dei messaggi da essi veicolati, e l'esposizione alla pubblicità dei cibi, aumenta significativamente la probabilità che il bambino scelga l'alimento pubblicizzato (Klesges, 1992). Nei programmi televisivi vengono mostrati pochi soggetti obesi, in una percentuale che non corrisponde a quella reale, ed essi sono dipinti come poco attraenti, con scarso successo nella vita, spesso ridicoli o, comunque, con tratti negativi, e questo porta ad un peggioramento dell'isolamento sociale a cui gli obesi sono spesso forzati (Caroli, 2004).

Il modo consueto di dipingere cibo ed obesità in televisione ha molte documentate conseguenze negative rispetto ai comportamenti alimentari. Dato che l'accesso ai media, nella nostra cultura, è ormai ubiquitario, la loro ininterrotta e costante promozione dell'ideale di bellezza, coincidente con la magrezza, è stata identificata come potenziale fattore di rischio anche nello sviluppo di *Eating Disorders* (ED).

* Psiconeuroimmunoendocrinologa presso il centro di Palazzo Francisci.

Una chiave di lettura socioculturale proposta è che la società, attraverso i media, eserciti una pressione sugli individui affinché si conformino all'ideale culturale del peso e dell'immagine corporea. Questo ideale è cambiato attraverso la storia, diventando sempre più magro nelle donne e sempre più magro e muscoloso nei maschi, tra i quali i DCA sono in progressivo aumento (Dalla Ragione, Scoppetta, 2009). La pressione dei media di conformarsi all'immagine proposta, promuove l'internalizzazione di questa idea, portando come conseguenza ad una insoddisfazione per il corpo, poiché questo modello è inattuabile per la maggior parte della popolazione. L'insoddisfazione per il corpo porta a stati mentali negativi e ad un conseguente mangiare disordinato, che aumentano il rischio di DCA, soprattutto tra bambini ed adolescenti.

L'adolescenza è un periodo di forti cambiamenti nell'aspetto fisico, e la formazione della propria immagine corporea è un processo complesso, influenzato dalla famiglia, dai pari, oltre che dai media (Hogan, Strasburger, 2008), e porta a molti tentativi di raggiungere l'ideale di magrezza attraverso la restrizione. Questo induce spesso emozioni negative che, a loro volta, aumentano il rischio di Binge Eating ed il conseguente uso di comportamenti compensatori come il purging (uso di lassativi). La preoccupazione per il corpo prevale in bambini ed adolescenti in sovrappeso i quali, stigmatizzati e presi in giro a causa del loro aspetto fisico, sono indotti a mettersi a dieta, con frequente conseguente perdita di controllo, nuovo aumento di peso e maggiore rischio di DCA.

2. Il paradosso della dieta

Sovrappeso e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), sono i due maggiori problemi di salute pubblica tra gli adolescenti e molti lavori dimostrano una relazione diretta tra sviluppo di DCA ed obesità infantile (Babio, Canalis, 2009).

L'aumento di un punto di BMI si calcola aumenti la probabilità di rischio per ED del 12% per le ragazze e del 4% per i ragazzi, e la YRBSS (Youth Risk Behavioral Surveillance System) ha rilevato nel 2003 che, dal 20 al 56% delle ragazze tra i 6 e gli 11 anni e dal 31 al 39% dei ragazzi, si mettono a dieta per cercare di perdere peso e che l'11% delle ragazze ed il 7% dei ragazzi delle scuole superiori prendono pillole per dimagrire (Huines et al., 2006).

La correlazione tra obesità infantile ed ED è stata sottolineata anche da Fairburn (1997), in uno studio caso-controllo, dove ha rilevato che l'obesità, presente fin da bambino, era tre volte più elevata tra individui con Bulimia Nervosa rispetto ai controlli sani.

Questi dati stanno sempre più orientando gli interventi di prevenzione e trattamento, simultaneamente verso obesità ed Eating Disorders, cercando di identificare quali siano i fattori che abbiano rilevanza in entrambe le situazioni. Non esistono ancora studi conclusivi sull'eziologia, sui rischi e sui fattori protettivi, ma si sa che, tra gli elementi che incidono maggiormente, c'è la dieta.

Sempre più studi suggeriscono che la dieta, proposta come soluzione per la ingravescente epidemia di obesità, non sia in realtà efficace a prevenire l'aumento di peso e si associ, invece, ad un incremento paradossale del rischio di alimentazione disordinata e di conse-

guente sovrappeso, tra bambini e adolescenti.

Il più ampio studio prospettico ha seguito 8.203 ragazze e 6.769 ragazzi per tre anni, rilevando che gli adolescenti che riferivano di stare a dieta, al momento dell'arruolamento, aumentavano di peso più di quelli non a dieta, tenendo conto, oltre che del BMI basale, anche dello sviluppo puberale, dell'apporto calorico, della presenza o assenza di attività fisica (Field, 2003).

Il modello restrittivo della dieta ci fornisce la spiegazione di come, attraverso essa, si possa avere un aumento di peso. L'organismo vivente è "programmato" per cercare il suo nutrimento in risposta agli stimoli fisiologici della fame e della sazietà. Il controllo della quantità di cibo da assumere, che si richiede nel corso di una dieta, necessita di acquisire uno stile cognitivo finalizzato a moderare l'assunzione alimentare. Laddove si introduce un controllo, però, automaticamente si presenta il rischio della possibilità di perdere il controllo stesso (Marucci, Dalla Ragione, 2007), con il risultato di un overeating disinibito, una maggiore vulnerabilità alla compulsione verso il cibo ed all'eccesso alimentare, con conseguente aggravamento dell'obesità, favorito anche dal fatto che la restrizione dell'intake calorico determina un'alterazione del metabolismo, tale che i soggetti a dieta, dopo un certo lasso di tempo, richiedono meno calorie per mantenere o aumentare il loro peso. Pur essendo presente una grande variabilità di comportamento, riferibile a ciò che gli adolescenti chiamano "dieta", tuttavia la maggior parte degli individui con ED riferiscono che avevano intrapreso una restrizione alimentare prima di iniziare il loro comportamento alimentare disfunzionale.

Alcuni studi (Klesges, 1992), invece, condotti su popolazioni omologhe, hanno portato a risultati apparentemente contrastanti, mostrando gli effetti positivi dell'assegnazione di una dieta. Una spiegazione plausibile per questi rilievi conflittuali è che gli interventi nutrizionali corretti, che tendono a stimolare comportamenti sani nello stile di vita, come un'alimentazione bilanciata, regolare, una sana attività fisica, portano ad un recupero del peso naturale senza lo stress emozionale indotto da diete eccessivamente restrittive, finalizzate solo al calo di peso. La restrizione dietetica risulta, di conseguenza, maggiormente coinvolta, come fattore di rischio per lo sviluppo di BE, soprattutto quando combinata con sintomi depressivi, caratterizzati da un umore eccessivamente negativo (Chen, 2009), specialmente in individui di sesso femminile.

3. Restrizione e compulsione: chiave di lettura PNEI

Il fallimento dell'approccio dietologico restrittivo ha stimolato una riflessione all'interno del mondo scientifico, spostando l'attenzione dal semplice calcolo delle calorie agli stili di vita ed agli aspetti psico-emozionali. Se il cibo, cioè, per alcuni soggetti viene vissuto come "premio", come gratificazione, toglierlo o ridurlo drasticamente potrebbe indurre una risposta compulsiva verso altri "piaceri" come alcol o droghe. Che il piacere rappresenti un forte legame tra gli esseri viventi ed il loro nutrimento è ormai ampiamente documentato da innumerevoli studi.

L'*imprinting* emozionale tra cibo e piacere risale al primo contatto con il latte materno, nel quale è stata scoperta una proteina, la beta-caseina che, in seguito a degradazione enzimatica, produce una sostanza simil-oppioide, la beta-casomorfina la quale rag-

giunge il cervello del bambino, determinando la sensazione di piacere legata al soddisfacimento di un bisogno rinforzando, in questo modo, la ricerca del cibo e la motivazione a succhiare (Nyberg, 1992).

L'uomo associa la necessità di procurarsi il nutrimento con una grande varietà di esperienze che portano a gioire del cibo e dei contesti in cui viene consumato, a deliziarsi non solo della preparazione e della condivisione di esso, ma anche del modo di procurarselo, trasformando ad esempio anche la caccia e la pesca in un piacere, laddove non sono più una necessità per sopravvivere. Il gusto e l'olfatto, che sono i sensi più arcaici e, come tali, quelli maggiormente coinvolti nei meccanismi elementari di conservazione dell'individuo, sono quelli che mediano il piacere derivante dal soddisfacimento di un desiderio.

La piacevole ricompensa e la sazietà inducono distensione e gratificazione ed una sensazione di benessere che deriva dall'appagamento di un bisogno naturale e, siccome l'animale umano è onnivoro, si ha accesso alla piacevole esperienza del mangiare attraverso una grande varietà di stimoli. La sola necessità fisiologica non spiega, certamente, il complesso ed intricato rapporto tra cibo e piacere (Sneijder, 2006), specialmente se si considera che i circuiti cerebrali coinvolti in tale meccanismo, sono analoghi a quelli del piacere sessuale, e controllati dagli stessi mediatori neuroendocrini.

Le tecniche di neuroimaging hanno permesso di identificare queste aree, coinvolte nel network corticale connesso alle esperienze del piacere, con la corteccia orbito frontale (Kringelbach, 2004) connessa, attraverso vie neuronali che utilizzano Dopamina come neurotrasmettitore, al Sistema Mesolimbico, implicato nelle risposte emozionali e motivazionali legate al desiderio ed alla sua soddisfazione.

Nella assunzione di cibo il piacere è legato alle endorfine i cui recettori sono ampiamente distribuiti nella corteccia mediale del nucleo accumbens (Pecinas, 2005), all'interno del Sistema Mesolimbico, ed è il reward, la ricompensa derivante dal soddisfacimento di un desiderio legato al cibo ed alla sua palatabilità (Kelley, 2002), ad essere massimamente influenzato dai peptidi oppioidi.

Il rovescio della medaglia è rappresentato dal fatto che una eccessiva sollecitazione del compound degli oppioidi, in particolare quelli selettivi per il recettore μ , induce un potente incremento del food-intake, soprattutto di cibi saporiti e caloricamente densi, aprendo la strada a comportamenti di tipo compulsivo analoghi a quelli delle dipendenze, come se il cibo diventasse una vera e propria droga.

In realtà, il rilascio di Dopamina dai neuroni del Sistema Mesolimbico (nella VTA-area tegmentale ventrale- nel Nucleo Accumbens), è stimolato sia da Reward naturali, come cibo e sesso, che da sostanze di *addiction* come alcol e droghe; la differenza è che, mentre nel caso dei piaceri naturali si verifica un cambiamento adattativo molto rapido che, attraverso l'abitudine, abbassa la risposta al *reward*, con le droghe, invece, il rilascio di dopamina è attivato ad ogni assunzione (Cami, 2003). Il rilascio di Dopamina indotto dagli oppioidi, permette anche di promuovere un apprendimento associativo che anticipa l'effetto piacevole di una sostanza.

Esiste, quindi, un comune substrato neurale tra il *reward* del cibo e delle droghe, che utilizza come mediatore la Dopamina (Schwartz, 2003), rinforzata dalle Endorfine, sostanze op-

pioidi prodotte da alcune aree del cervello, che contribuiscono alla sensazione di piacere. Questo meccanismo si realizza in una particolare area del Sistema Nervoso che prende il nome di *Brain Reward System* (sistema cerebrale di ricompensa), rappresentato da un sistema di neuroni che vengono stimolati allo stesso modo sia che si mangino cibi gustosi, sia dall'esercizio fisico, dalle carezze, dalla attività sessuale, dalla musica, ma anche dalle droghe e persino dal gioco d'azzardo!

Ogni esperienza piacevole vissuta come gratificazione, come ricompensa, tende a rinforzare comportamenti finalizzati a ricercare la stessa esperienza, rincorrendo sensazioni piacevoli. A volte, purtroppo, questa ricerca assume i caratteri della ossessione e, spesso, viene a mancare la valutazione delle conseguenze negative della soddisfazione del desiderio: questo è il meccanismo delle dipendenze ed il cibo stesso può essere cercato e desiderato come una vera e propria droga.

Lo stress influenza l'attività della Dopamina nel Sistema Limbico, inducendo cambiamenti comportamentali, reazioni che coinvolgono il Sistema Nervoso Autonomo con manifestazioni neurovegetative, cambiamenti neuroendocrini tra cui l'aumento di ACTH e Cortisolo. L'ingestione di *comfort food* va di pari passo con l'eccesso di Glicocorticoidi indotto dallo stress, e sembra costituire un tentativo di ridurre gli effetti negativi di stressori cronici, stimolando i meccanismi del piacere, rappresentando una sorta di automedicazione.

Il cambiamento dell'introito calorico che si verifica in questi casi, con conseguente aumento dei depositi di grasso, soprattutto addominale, ha il significato di riorganizzare le scorte energetiche, passando da una distribuzione periferica ad una centrale, più protettiva e rassicurante in una situazione percepita come "pericolo di vita", quale quella dello stress cronico (Dallman, 2005).

Il sistema emozionale cerebrale è strettamente connesso con l'apparato digerente, e l'ingestione di *comfort food* ha lo scopo di ridurre l'ansia, attraverso la produzione di neurotrasmettitori di cui il principale è la serotonina, antidepressivo endogeno prodotto per il 95% proprio dall'intestino (Gershon, 1998).

Questo è il meccanismo con il quale si attiva una ricerca compensatoria e, a volte, ossessiva del cibo quando il tono dell'umore è basso, e può, almeno in parte, spiegare l'epidemia di obesità a cui stiamo assistendo (Nestler, 1997). Occorre riflettere su questi meccanismi neurofisiologici poiché, laddove il cibo assume il significato di una ricerca di equilibrio omeostatico, un tentativo di contrastare uno stato di sofferenza, in questo senso esso finisce per riempire dei vuoti e lo stesso aumento di peso costituisce un "danno necessario" che protegge da disturbi psichiatrici più gravi (Fernandez-Real, 1999).

Se il cibo, in certe situazioni, è la "soluzione migliore", e la sua ricerca compulsiva, che osserviamo nei Disturbi Alimentari, va interpretata non come nucleo centrale della malattia ma come un tentativo di guarigione dell'organismo che rincorre il proprio equilibrio omeostatico, allora l'approccio terapeutico non può focalizzarsi solamente sulla rieducazione alimentare, ma deve coinvolgere il soggetto nella sua totalità mente/corpo, prevedendo di poter proporre al sistema di reward altri schemi di risposta gratificanti quali la danza, la musica, l'espressione corporea, le tecniche di meditazione (Marucci, 2011).

4. Essere accettati ed accettarsi

Questi dati suggeriscono di non sottovalutare mai gli aspetti psicologici e psichiatrici dell'obesità, soprattutto in considerazione della stigmatizzazione che bambini ed adolescenti obesi subiscono, dalle semplici prese in giro al bullismo vero e proprio, che possono influenzare il benessere mentale ad uno stadio precoce della vita. Da sottolineare che le ragazze obese risultano 4 volte più a rischio di diventare vittime di aggressioni di pari, in confronto ai ragazzi obesi o alle ragazze non obese (Wiegand, 2007). L'abuso, a sua volta, espone ad un più elevato rischio di problematiche alimentari, ed esiste un'associazione diretta tra abuso nell'infanzia, obesità e gestione problematica del peso nei giovani adulti (Fuemmeler et al., 2009).

Sperimentare emozioni negative, a sua volta, può favorire una perdita di controllo rispetto al cibo, fino ad un vero e proprio Binge Eating, che finisce per diventare una strategia per sfuggire ad insoddisfazione e distress emozionale, soprattutto in presenza di alexitimia, intesa come una incapacità di identificare ed esprimere emozioni ed affetti, con evitamento dei conflitti.

Numerosi parallelismi esistono tra obesità e comportamenti di *addiction*, sempre motivati da una tendenza alla perdita di controllo, risultante da un *coping* inadeguato nei confronti di emozioni negative, ansia, problemi psicosociali associati (Acosta, 2008). Giovani sovrappeso, con forti emozioni e bassa autoregolazione, possono essere particolarmente sensibili ad un negativo *feedback* da parte di genitori e coetanei, sperimentando un eccesso di stati affettivi avversi (Tanofsky-Kraff, 2007).

Utilizzando dati prenatali, familiari, biomedici, demografici e psicosociali, si riesce ad identificare alcuni predittori prospettici di ED, in un certo campione di popolazione. Studi in tal senso hanno rilevato che, essere di sesso femminile ed essere percepita come sovrappeso dal proprio genitore, è il predittore più preciso di ED, come pure sono importanti il BMI materno, problemi sociali, bassa efficacia sociale, difficoltà neuro cognitive. I risultati di questi studi suggeriscono che la percezione dei genitori del peso dei loro figli è più potente del peso corporeo oggettivo del bambino, nel predire lo sviluppo di ED (Allen et al., 2009).

Il sentirsi spesso "stuzzicare" rispetto alla forma del corpo da parte della famiglia, i commenti negativi riguardo all'immagine corporea, la personale considerazione del peso, il conseguente controllo del peso stesso attraverso una dieta non sana, sono tra le variabili socio ambientali, personali e comportamentali più fortemente predittive di obesità ed ED. Un'attitudine alimentare anormale della madre, ed una relazione genitori-figli cattiva, indipendentemente dal peso corporeo, espongono maggiormente bambini ed adolescenti a comportamenti alimentari alterati (Schetzmann, 2008).

5. Prevenire è meglio che curare

L'identificazione dei fattori di rischio di questi disordini costituisce un importante punto di partenza per la loro prevenzione. Ci sono fattori di rischio condivisi tra obesità, ED ed alimentazione disordinata, e questo incoraggia i ricercatori ad utilizzare un modello integrato anche nella prevenzione, oltre che nella cura. Accanto agli elementi predisponenti, vanno considerati i fattori protettivi: autostima, corretto introito nutrizionale, incoraggiamento dei

genitori, ruolo modellante delle abitudini correlate al peso e dell'ambiente familiare che supporta una sana alimentazione ed una corretta attività fisica.

Va discusso inoltre, il significato della dieta che, finalizzata inizialmente alla prevenzione dell'obesità, può paradossalmente innescare un meccanismo di aggravamento dell'aumento di peso ed un disturbo alimentare compulsivo. Pertanto, affinché i programmi di prevenzione e cura dell'obesità infantile siano efficaci, vanno migliorati includendo messaggi indirizzati a questi fattori di rischio, in aggiunta a quelli legati al corretto stile di vita.

Insegnare ai bambini ed alle famiglie ad avere tolleranza per le diversità, compresa la diversità di taglia e di immagine, è un elemento importante per ridurre l'insoddisfazione corporea ed invertire la discriminazione sociale contro gli obesi. Ugualmente, è importante sensibilizzare gli adulti al loro ruolo nella promozione della immagine di sé, nel bambino, non focalizzando solo sul peso.

Interessante, a questo proposito, far riferimento ad una ricerca svolta dal 2006 al 2010 presso alcune scuole elementari della Lombardia e dell'Umbria, realizzata nell'ambito del "Progetto DECIDI", elaborata dal Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario dell'Università Cattolica di Milano, ed in corso di pubblicazione**.

Nelle classi destinatarie del progetto, il lavoro svolto dagli esperti si è focalizzato prevalentemente sull'affettività, sull'autostima e l'immagine di sé: la finalità era di prevenzione di comportamenti a rischio, quali bullismo, disordini alimentari, abuso di sostanze, fumo, alcol. I risultati, seppure preliminari, incoraggiano a proseguire su questo terreno della prevenzione, non interessandosi del problema direttamente, ma agendo sui fattori di rischio, quali isolamento sociale ed immagine di sé.

I medici possono aiutare a coinvolgere la famiglia nella direzione della educazione dei pazienti, soprattutto nel corso della pubertà, informando sulla normalità delle variazioni di peso, incoraggiando nella famiglia stili di vita sani, scoraggiando diete restrittive, alimentando il rispetto delle diversità legate al peso ed all'immagine, insegnando i benefici fisici ed emozionali di una attività fisica corretta, aiutando le famiglie a riconoscere i disagi legati al peso dei propri figli, ed allargando questi messaggi anche nelle scuole (Quail, 2004).

Nel disegnare un programma di prevenzione, è importante capire che la paura degli adolescenti di aumentare di peso è del tutto ragionevole, data la discriminazione sociale a cui gli obesi sono esposti, e non va sottostimata la domanda che essi fanno di prendere in considerazione tali problematiche. Se è vero che, come citato, un preventivo intervento nelle scuole ha mostrato risultati promettenti, è anche vero che sono riportati alcuni *trials* negativi, a rimarcare una grande difficoltà pratica nel produrre adeguati protocolli.

Molto si deve ancora fare, sia nella ricerca delle cause fisiologiche e psicologiche di sovrappeso ed obesità in bambini ed adolescenti, ed ulteriori *trials* randomizzati sono necessari per poter pilotare adeguate strategie preventive, che potranno avere benefici anche nella riduzione dei fattori di rischio di *Eating Disorders* tra i giovani.

** DECIDI è un progetto dell'Associazione *Children in Crisis Italy Onlus*, che promuove stili di vita salutari tra bambini, insegnanti e genitori della scuola primaria. A Milano il progetto ha visto la collaborazione del Comune di Milano con ASL, ed in Umbria è stato realizzato con il finanziamento della Regione Umbria con ASL2 Perugia e ASL4 Terni.

Bibliografia

Acosta M.C. et al., *Pediatric obesity: parallels with addiction and treatment recommendations*, Harv Rev Psychiatry 2008; 16(2): 80-96.

Allen K.L. et al, *Risk factors for full and partial syndrome early adolescent eating disorders: a population-based cohort study*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009 Aug; 48(8): 800-9.

Babio N., Canalis J. et al, *A two-phase population study: relationship between overweight, body composition and risk of eating disorders*, Nutr Hosp, 2009 Jul-Aug; 24(4): 485-91.

Cami J., Farré M., *Drug Addiction*, in N Eng J Med, vol 349, n 4, Sep 4, 2003, pp. 975-986.

Caroli M. et al, *Role of television in childhood obesity prevention*, Int J Obes Relat Metab Disord, 2004 Nov,28, Suppl 3:5104-8.

Chen E.Y. et al, *Subtyping dietary restraint and negative effect in a longitudinal community sample of girls*, Int J Eat Disord, 2009 Apr, 42(3): 275-83.

Dalla Ragione L., Scoppetta M., *Giganti d'argilla*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2009.

Dallman M.F. et al., *Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity*, in Brain Behav Immun, 2005 Jul, 19 (4), pp. 275-80.

Fairburn C. et al., *Risk factors for bulimia nervosa*, Arch Gen Psychiatry 1997, 54: 509-517.

Fernandez-Real J.M. et al., "Insulin resistance and inflammation in an evolutionary perspective: the contribution of cytokine/phenotype to thriftiness", *Diabetologia*, 42 (1999), pp. 1367-1374.

Field A.E. et al., *Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents*, Pediatrics, 2003, 112: 900-6.

Fuemmelar B.F. et al., *Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: results from U.S. population-based survey of young adults*, J Trauma Stress, 2009; 22(4): 329-33.

Gershon M.D., *The second brain*, Harper Collins, New York, 1998.

Hogan M.J., Strasburger V.C., *Body image, eating disorders and the media*, Adolesc Med State Art Rev, 2008 Dec, 19(3): 521-46,x-xi.

Huines D., Neumark-Sztainer, *Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors*, Health Education Research 2006, 21(6): 770-782.

Kelley AE., et al., *Opioid modulation of taste hedonics within the ventral striatum*, in Physiol Behav, 2002 Jul, 76(3), pp. 365-77. Klesges R.C. et al, *Relationship between dietary restraint, energy intake, physical activity, and body weight: a prospective analysis*, J Abnorm Psychol, 1992, 101: 668-74.

Kringelbach M.L., *Food for thought: hedonic experience beyond homeostasis in the human brain*, in Neuroscience 2004, 126(4): 807-19.

Marucci S., Dalla Ragione L., *L'Anima ha bisogno di un luogo*, Tecniche Nuove, Milano, 2007.

Marucci S., *Il piacere del cibo in una lettura PNEI*, in Il problema obesità, a cura di GREMI-GNI P. e LETIZIA L., MAGGIOLI ed., Rimini 2011.

Nestler E.J. et al., *Molecular and cellular basis of addiction*, in Science, vol. 278, n. 5335 (1997), pp. 58-63.

Nyberg F., *Beta-casomorphins and their significance in behavioural processes*, in Clin Neuropharm, n.15, suppl.1, 1992, pp.54-55.

Pecina S., Berridge KC., *Hedonic hot spot in nucleus accumbens shell: where do mu-opioids cause increased hedonic impact of sweetnwss?* In J Neurosci 2005 Dec 14; 25(50): 11777-86.

Quail J. et al., *How children see themselves*, CMAJ 2004 October 26; 171(9): 1024-1025.

Schetzmann M. et al., *Associations among the perceived parent-child relationship, eating behavior, and body weight in preadolescents; results from a community-based sample*. J Pediatr Psychol 2008 Aug; 33(7): 772-82 Epub 2008Jan 31.

Schwarting R., *Le fonti del piacere*, in Mente e Cervello, n.2, 2003, pp.40-47.

Sneijder P., Molder H.F., *Disputing taste: food pleasure as an achievement in interaction*, in Appetite, 2006 Jan, 46(1): pp 107-116

Tanofsky-Kraff M. et al, *A multisite investigation on Binge Eating Behaviors in children and adolescent*, J Consult Clin Psychol 2007 Dec 75(6): 901-913.

Wiegand S., *Gender and obesity- what does "being fat" mean to boys and girls?* Ther Umsch 2007 Jun; 64(6): 319-24.

CATERINA RENNA*

LA PREVENZIONE DEI DCA.

“PE(N)SA DIFFERENTE.

FESTEGGIA IL TUO PESO NATURALE!”**

Premessa

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche con notevoli ripercussioni sullo stato di salute fisico del soggetto delle quali negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento nella fascia di popolazione infantile e adolescenziale. Sono caratterizzati da una preoccupazione estrema circa il peso e la propria immagine corporea, un'intensa paura di diventare grassi, una bassa autostima e la ricerca della magrezza. Tutto questo si traduce nell'uso e nell'abuso di diete restrittive, vomito autoindotto, lassativi e diuretici, attività fisica eccessiva ed episodi di abbuffate che possono portare all'obesità.

Nell'ambito di una generale necessità di riduzione dell'incidenza e della prevalenza di queste patologie, *“Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!”* si propone di valorizzare l'unicità dell'essere persona e la bellezza autentica che non sono determinate da un numero sulla bilancia quanto piuttosto dall'accettazione del sé inteso come unità psichica, fisica, emozionale e intellettuale che ha bisogno del giusto nutrimento in termini di alimenti ma anche di attività fisica e di esperienze sociali e culturali che aiutano a maturare la propria autonomia accrescendo l'autostima. Sensibilizzare sull'accettazione del proprio peso naturale e della propria corporeità può aumentare la consapevolezza circa i messaggi predisponenti i DCA proposti dai media e dalla Industria della Dieta. La parola del claim 'Pe(n)sa' contiene in sé due accezioni, l'una si riferisce al peso che è determinato da molti fattori tra i quali quelli genetici e che quindi non può essere un numero ideale valido per tutti, e l'altra si riferisce alla necessità di pensare, ciascuno con la propria testa, al fine di elaborare il proprio modo originale di essere nel mondo.

Avviata nel 2008 la campagna ha previsto l'ideazione, la progettazione, produzione e diffusione di manifesti, cartoline, spille, uno spot video e un sito web dedicato alla campagna di sensibilizzazione www.pensa-differente.it, inneggianti al Peso Naturale e una manifestazione nazionale di sensibilizzazione su anoressia, bulimia e obesità come già accade da anni in Paesi all'avanguardia per la prevenzione e la cura di queste malattie quali il Canada (Eating Disorder Awareness Week) e l'Inghilterra (International No Diet Day), che ha già visto due edizioni, 2008 e 2009.

* Medico Chirurgo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in “Scienze delle Relazioni Umane”, Responsabile Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA (DSM – ASL LE), Presidente ONLUS Salomè, Presidente SIS.DCA P&B.

** Campagna nazionale di sensibilizzazione, informazione e formazione su anoressia, bulimia e obesità. © ONLUS Salomè • Big Sur.

1. I Disturbi del Comportamento Alimentare

Se prendiamo in considerazione l'epidemiologia dei DCA si evidenzia, a partire dagli anni Settanta, un significativo incremento di incidenza e prevalenza nella popolazione di età compresa tra i 12 e i 25 anni. L'incidenza allo stato attuale è valutata in termini di 0,5-1% per l'anoressia nervosa (sembra essere, tuttavia, molto più diffuso un disturbo sub-clinico di tipo anoressico diagnosticato come disturbo dell'alimentazione NAS); 1-3% per la bulimia nervosa; 0,7-4% per i Disturbi del Comportamento Alimentare NAS. La prevalenza allo stato attuale è valutata in termini di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per l'anoressia nervosa; 9-12 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per la bulimia nervosa; 70 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per i DCA NAS.

I DCA sono maggiormente presenti nei Paesi Occidentali e occidentalizzati, interessano tutte le classi sociali e sono maggiormente diffusi tra le donne. Tuttavia, la percentuale di uomini che si ammala di queste patologie è cresciuta negli ultimi dieci anni. Tra i DCA NAS, il *Binge Eating Disorder* (disturbo da abbuffate compulsive) affliggerebbe il 30-40% della popolazione di soggetti obesi che si rivolge ai servizi medici e chirurgici per interventi di controllo del peso, interessa gli uomini quanto le donne in età più avanzata.

Ulteriori studi condotti al fine di comprendere l'eziopatogenesi dei DCA hanno rilevato fattori di rischio individuali, familiari e culturali quali predisponenti, scatenanti e perpetuanti queste patologie, a partire da correlati biologici e di personalità. I rischi individuali biologici e psicologici e i rischi familiari sono specifici di alcuni soggetti, mentre quelli socio-culturali coinvolgono, ovviamente, tutti. Sono considerati fattori di rischio individuali biologici: la vulnerabilità genetica, anche se non è noto come questa interagisca coi fattori ambientali; la presenza di piccoli danni cerebrali che si possono produrre al momento del parto e che possono determinare delle difficoltà precoci nell'alimentazione (Cnatingius et al., 1999); il sovrappeso e l'obesità in età prepubere, che sembrano predisporre durante l'adolescenza a problemi di autostima e all'insoddisfazione circa il proprio corpo.

Dal punto di vista psicologico fattori individuali che predispongono ai DCA sono: alcuni tratti di personalità quali il perfezionismo, l'ossessività, la paura della maturità (Schmidth, 2002); una bassa autostima; i disturbi dell'immagine corporea e i sentimenti negativi verso il proprio corpo; l'incapacità di sviluppare l'autonomia nei confronti del sistema familiare; una tendenza alla compiacenza unita al bisogno di ricevere approvazione e consigli altrui; una maggiore difficoltà nell'essere assertivi e nell'esprimere le proprie emozioni, in particolare la rabbia e i sensi di colpa.

Uno sviluppo psicosessuale disturbato e una disturbata identificazione nel ruolo sessuale sarebbero fattori di rischio individuali che possono spiegare lo svilupparsi di queste patologie nei maschi. Più spesso tra i maschi ne sono affetti i gay, i quali enfatizzano l'apparenza fisica più che gli eterosessuali e condividono con le donne il desiderio di essere fisicamente attraenti per gli uomini (Herzog et al., 1984). In ultimo, vi è l'intraprendere una dieta dimagrante, fattore di rischio, tuttavia, mediato dalla cultura.

Il rischio socio-culturale, oltre che dal gruppo dei pari e dalla famiglia, viene in massima

parte veicolato dai media (riviste, libri, televisione, cinema, internet), dal mondo della moda, dalle cosiddette industrie della dieta e della bellezza che sono ritenuti avere un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento di un disturbo dell'alimentazione 'normalizzando' ciò che è anormale e incoraggiando la preoccupazione nei confronti del peso e della propria immagine corporea. Del resto i loro profitti dipendono molto da questo.

Sono, in particolare, le donne a essere bombardate attraverso la televisione, il cinema, le riviste da immagini di bellezza e adeguatezza che promettono successo attraverso la magrezza. E, sempre alle donne, viene chiesto di conformarsi a queste immagini senza tuttavia perdere la femminilità, la compiacenza e la passività proprie del ruolo femminile tradizionale.

Una questione a sé è rappresentata dall'influenza dei fattori socio-culturali. Il mito propagandato dalla nostra società è che chiunque può essere magro, e bello, se fa la cosa giusta, mangia i cibi giusti, fa gli esercizi giusti e pensa le cose giuste. Insieme con questo mito viene veicolato il messaggio che avere il controllo sul proprio aspetto fisico significa aumentare l'autostima e il proprio valore sociale. Nelle immagini proposte dai media viene quasi completamente omessa la rappresentazione della naturale varietà di corpi, di taglie, di colori in larga parte determinata da fattori genetici. Veicolare il messaggio che chiunque può controllare la taglia e la forma del proprio corpo implica che se il proprio corpo non è così come il mito suggerisce vuol dire che sono state fatte le scelte sbagliate.

L'ideale di bellezza propagandato contribuisce a diffondere l'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo e la diffusione di comportamenti di controllo, in particolare la dieta, inutili e dannosi. Non sorprende che l'80% delle donne che seguono una dieta e non hanno idea di quelli che sono i loro reali bisogni nutrizionali. Negli ultimi anni, piuttosto che ammettere che la dieta e l'esercizio fisico non sono mezzi adeguati per il raggiungimento dell'ideale di magrezza e di bellezza, si è manifestato un interesse crescente nei confronti della chirurgia estetica (liposuzione, interventi per aumentare il volume del seno, ecc.) prima appannaggio solo di coloro che lavoravano nel mondo dello spettacolo, e una percentuale crescente di donne si sottopone a inutili interventi chirurgici pur di modificare e rendere accettabile, la propria immagine. Insieme all'ideale di magrezza e di bellezza, i media – attraverso la scelta e la manipolazione delle immagini e attraverso le pose che alle donne vengono fatte assumere – implicitamente veicolano il messaggio che la donna deve avere un ruolo passivo ed essere disponibile sessualmente in un mondo dominato dagli uomini (Jasper, 1994).

Negli ultimi anni anche gli uomini sono sempre più bombardati da immagini che propongono corpi sottili, efebici. Queste immagini trasmettono un ideale di corpo maschile che si traduce in una diminuzione del grasso corporeo e un aumento della massa muscolare. Il corpo magro è segno di successo, di appartenenza a una certa classe sociale, di disciplina, di produttività e salute mentre il corpo muscoloso veicola gli interessi della società patriarcale. Modellare il corpo attraverso l'esercizio fisico e la dieta sta diventando, dunque, la norma anche per gli uomini siano essi eterosessuali che omosessuali (Pronger, 2001).

L'industria della dieta propaganda incessantemente strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal fatto che questo si traduca in un vantaggio per il consumatore in termini di salute psico-fi-

sica, sfruttando il bisogno dei soggetti che vogliono o devono perdere peso, la loro mancanza di consapevolezza e di preparazione necessaria ad affrontare il difficile percorso del dimagrimento rispetto ad una condizione di sovrappeso/obesità spesso sostenuta dall'ambiente e da condizioni genetiche predisponenti.

Da non sottovalutare è l'enfasi posta nell'ultimo decennio dall'industria del benessere, sui benefici fisiologici e psicologici dell'attività fisica regolare, il controllo del peso e la riduzione dell'introduzione dei grassi propagandati come stile di vita salutare. Ne sono testimoni i numerosi articoli che enfatizzano non solo lo stare a dieta quale opportunità per perdere peso, ma anche l'attività fisica. L'ulteriore messaggio insidioso di questa propaganda è che l'attività fisica è sinonimo di buona salute e che entrambe sono personificate nel giovane e ultramagro corpo della donna e nel giovane magro e muscoloso corpo dell'uomo (Calò, Renna et al., 2004). A sottolineare l'importanza dei fattori socio-culturali, questi disturbi più facilmente si verificano in soggetti che professionalmente sono ossessionati dal cibo e dal peso, ballerine e modelle e, tra gli uomini, lottatori, pugili e fantini.

Secondo Samuel-Lajunesse (1995) caratteristiche dei DCA chiaramente influenzate da variabili socio-culturali sono la negazione della malattia; la paura di diventare grassi; la distorsione dell'immagine corporea; le anomalie di comportamento durante i pasti. Garfinkel (2002) sottolinea come siano variabili culturali di rilievo le attitudini dei familiari; le attitudini dei pari; l'influenza dei mass media; lo stare a dieta. Quest'ultima variabile sarebbe particolarmente importante. Nel Nord America, infatti, l'80% delle ragazze e il 10% dei ragazzi intorno ai 13 anni hanno già intrapreso una dieta per perdere peso. E questo è preoccupante se si pensa ai risultati di alcuni studi (Johnson-Sabine, 1988) nei quali è stato rilevato come il 20% dei soggetti che aveva dichiarato di essere a dieta aveva successivamente sviluppato un disturbo dell'alimentazione, contro il 3% dei soggetti non-dieters. In uno studio del 2009 (Gravante, Renna et Vallone) che mirava a valutare l'influenza dei media e dei modelli culturali nello svilupparsi dei DCA, il 31% di soggetti in cura per queste malattie aveva indicato in un'intervista elaborata dagli autori la notevole importanza dei fattori socio-culturali nel manifestarsi del loro disturbo.

Tuttavia, nonostante tutti nella nostra società siano esposti a queste influenze, maggiormente a rischio sembrano essere coloro che interiorizzano in larga misura questi stereotipi socio-culturali e, in presenza di messaggi sempre più contraddittori e confusi sentono di non avere il controllo sulle situazioni esterne. Questi soggetti si rivolgono al corpo come l'unico aspetto della loro vita sul quale possono esercitare un controllo personale, credendo che se avranno un corpo perfetto otterranno come conseguenza successo e felicità (De Giacomo, Renna et Santoni Rugiu, 2005).

Non meno importante è l'aspetto legato a internet con i suoi numerosissimi siti *proAna* e *proMia*, che rappresenta a partire dall'inizio del secondo millennio fonte di preoccupazione per la crescente diffusione delle patologie alimentari, tanto che in Francia, per contenere questo fenomeno, è stata emanata una legge che ha trasformato in un reato penale la pubblicazione di siti con contenuti pro-anoressia. È facile per gli adolescenti che cercano nella rete consigli per perdere peso, incappare in siti che fanno dell'anoressia o della bulimia un

vero stile di vita. Questi siti contengono immagini di corpi emaciati che inneggiano alla magrezza (*thinspiration*), immagini che disprezzano i corpi grassi. Si possono reperire, inoltre, consigli dannosi e informazioni inesatte sull'alimentazione e la nutrizione: come riuscire a resistere al desiderio del cibo, come fare ricorso ai comportamenti compensatori, come abbuffarsi in segreto, come utilizzare l'essere vegetariani come scusa per non nutrirsi, come prendere in giro la famiglia e i curanti, ecc. I siti *proAna* e *proMia* pubblicano spesso storie di vita e di malattia negate, chat e persino dei forum. Dopo il clamore e lo sdegno nell'opinione pubblica per le vittime di questi siti, molti di essi sono stati oscurati ma tanti altri ne sono sorti, più difficili da individuare e tenuti segreti da quelle che sono descritte come vere e proprie sette. L'appartenere a questi *movimenti* sembra dare un senso alla vita di coloro che, a causa delle alterazioni fisiche e psichiche determinate da un disturbo dell'alimentazione, vivono isolati e cercano adepti per convalidare le loro credenze e i loro comportamenti (Davis, 2002). In un caso, il sito di una giovane ragazza è rimasto attivo anche dopo la sua morte provocata dal disturbo dell'alimentazione, in quanto né la famiglia né gli amici riuscivano ad accedervi per oscurarlo.

2. La Prevenzione

La proporzione del fenomeno, la cronicizzazione delle patologie alimentari per il ritardo nell'intervento o per l'utilizzazione di pratiche terapeutiche non idonee, le complicità mediche e psichiatriche che rendono il quadro clinico peggiore e più difficile da trattare e che possono portare a morte nel 10-18% dei casi, hanno accresciuto la preoccupazione degli operatori del settore tanto da far riflettere sulla necessità di mettere a punto, oltre che interventi di diagnosi precoce e trattamento adeguati (prevenzione secondaria), programmi di prevenzione primaria rivolti sia ai soggetti più a rischio che alla popolazione generale.

Gli interventi preventivi mirano all'eliminazione o, nel caso questa non sia concretamente attuabile, alla riduzione dei rischi che possono generare patologia. È chiaro che non è facile attuare una prevenzione primaria laddove non si conoscano l'eziologia e la patogenesi di un disturbo, tuttavia, nel campo dei disturbi dell'alimentazione, questa è stata pensata sulla base dei numerosi fattori di rischio individuati.

I programmi di prevenzione primaria sono detti 'selettivi' quando si rivolgono alla popolazione a rischio che pur non presentando una patologia conclamata può, tuttavia, essere sottoposta a vari fattori predisponenti biologici, psicologici e socio-culturali. Ad esempio, sono popolazione a rischio gli adolescenti che a causa dell'aumento naturale del peso e del grasso corporeo associati alla pubertà sviluppano disturbi dell'immagine corporea, danno un'eccessiva importanza al giudizio e all'accettazione da parte dei pari, maturano dei cambiamenti nelle aspettative riguardanti le loro performances scolastiche; così come sono popolazione a rischio coloro che frequentano le scuole di danza o altre discipline sportive in cui vengono fatte pressioni circa il peso corporeo e l'aspetto fisico.

I programmi di prevenzione primaria sono detti 'universali', quanto si pongono l'obiettivo di migliorare il benessere di ampi gruppi di popolazione (Levine et Piran, 2004).

I primi programmi di prevenzione primaria 'selettivi' sono stati sviluppati a partire dagli anni Novanta in alcuni Paesi Occidentali. Erano rivolti alla popolazione infantile/adolescenziale e attuati nelle scuole. Comportavano il fornire informazioni circa i disturbi e i rischi per la salute che questi determinano, nella convinzione che ciò sarebbe bastato a dissuadere i giovani dall'uso di comportamenti pericolosi. I risultati, tuttavia, non furono confortanti. Spesso le abitudini alimentari ne risultavano peggiorate al punto da portare gli studiosi a ritenere che l'intervento avesse favorito l'insorgere o il manifestarsi della patologia piuttosto che prevenirla. Evidentemente, la trasmissione di informazioni aveva creato effetti avversi come la 'normalizzazione' dei disturbi dell'alimentazione e stimolato gli adolescenti a sperimentare pratiche nocive quali vomito, uso di lassativi, ecc. Furono poi elaborati programmi che, utilizzando i principi del cognitivismo, puntavano sul potenziamento di abilità utili a resistere alle pressioni sociali a intraprendere una dieta dimagrante; programmi che cercavano di promuovere comportamenti alimentari sani, l'esercizio fisico e un atteggiamento positivo nei confronti dell'immagine corporea (Smolak et al., 1998); programmi che puntavano alla promozione dell'accettazione nei confronti del proprio corpo o a prevenire comportamenti alimentari restrittivi attraverso l'aumento dell'autonomia nella gestione del rapporto coi media e l'aumento delle abilità di advocacy, ovvero della consapevolezza di essere in grado di operare e gestire un cambiamento in relazione alle norme e alle pressioni sociali (Neumark-Sztainer et al., 2000).

Il nuovo millennio ha visto il fiorire di nuovi approcci basati sull'implementazione dei fattori di protezione, quali l'autostima, per poi influire positivamente sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari (O' Dea et al., 2000; Austin, 2001; Steiner-Adair et al., 2002). La metodologia utilizzata era di tipo esperienziale, interattivo e cooperativo. Gli adolescenti venivano coinvolti in una serie di attività al fine di sperimentare e sviluppare abilità e competenze personali e sociali fondamentali, quali ad esempio l'esercizio della leadership e il coping. Si cercava, poi, di implementare strategie che consentissero di resistere alle pressioni sociali e dei media, pressioni che distorcevano l'immagine corporea e portavano all'adozione di comportamenti alimentari restrittivi. Questi programmi hanno consentito di ottenere discreti risultati nel modificare la sensibilità e l'atteggiamento dell'adolescente verso la pressione dei pari e delle norme culturali che regolano l'immagine corporea, e nel migliorare anche se di poco i comportamenti alimentari disturbati volti all'ottenimento di un più basso peso corporeo. Il merito di questi approcci può essere rintracciato nell'identificazione e nell'implementazione degli aspetti positivi del sé cosa che è risultata essere più efficace della trasmissione di messaggi negativi quali le conseguenze dello stare a dieta o dei comportamenti di compenso.

Nell'aprile 2002, il *National Institute of Mental Health* (NIMH) ha organizzato una conferenza sulla prevenzione dei DCA allo scopo di analizzare lo stato dell'arte e formulare raccomandazioni rispetto alle azioni da intraprendere. La discussione è stata incentrata su alcune aree principali, tra cui la ricerca sui fattori di rischio e gli sforzi profusi in ambito preventivo. Tra le raccomandazioni formulate, si sottolinea l'opportunità di sviluppare definizioni comuni di sintomi, sindromi e fattori di rischio; incoraggiare l'integrazione tra le scienze sociali per valutare meglio gli effetti delle norme sociali sulla riduzione dei fattori di rischio; sviluppare linee guida

per verificare 'la dignità scientifica' degli interventi preventivi utilizzando come modello linee guida già esistenti per altri fenomeni (ad esempio quello delle dipendenze); incoraggiare la ricerca di interventi individuali e coinvolgere le organizzazioni, i luoghi di lavoro, le comunità; aumentare la consapevolezza circa il fatto che i DCA rappresentano un problema di salute pubblica; perseguire scopi comuni, ad esempio la promozione di corretti stili alimentari nell'ambito della prevenzione sia dei disturbi dell'alimentazione che dell'obesità.

Negli anni successivi si è aperto in letteratura un dibattito riguardante il modo migliore di integrare la prevenzione dei DCA con quella dell'obesità. Le attuali preoccupazioni circa l'obesità infantile hanno portato, infatti, a porre una maggiore attenzione sull'importanza di 'mangiar sano' e svolgere una regolare attività fisica. Tuttavia, consigli su cosa mangiare per rimanere in buona salute possono aumentare le preoccupazioni circa il cibo e l'immagine corporea, così come consigli sulla necessità dell'attività fisica per rimanere 'in forma' e regolare il peso corporeo possono portare alcuni soggetti a impegnarsi in un esercizio fisico eccessivo (McVey, 2003), tanto da predisporre allo svilupparsi di un disturbo dell'alimentazione di tipo anoressico e bulimico o caratterizzato da abbuffate compulsive. Ulteriori ricerche, pertanto, sembrano necessarie al fine di elaborare interventi preventivi efficaci sia sui disturbi dell'alimentazione che sull'obesità e che integrino sia interventi universali che interventi selettivi e mirati adatti a differenti livelli di rischio e a differenti livelli di motivazione (Levine et Piran, 2004).

3. Elaborare interventi di prevenzione efficaci

Da quanto sopra riportato, si evince che una prevenzione adeguata deve perseguire i seguenti obiettivi, in primo luogo, aumentare le capacità critiche nei confronti della pressione socio-culturale alla magrezza come unico mezzo per ottenere successo ed essere felici; proporre immagini del corpo realistiche; ridurre i pregiudizi nei confronti delle persone obese che sono ritenute essere delle persone trascurate, sciatte, prive di volontà e di carattere; sensibilizzare circa l'inutilità di sottoporsi a diete drastiche, ricorrere a pasti sostitutivi e assumere farmaci anoressizzanti; evitare colpevolizzazioni e svalutazioni in quanto la teoria del *set-point* cambia molti degli stereotipi culturalmente condivisi sul peso corporeo (ciascun individuo ha un peso predeterminato, in quanto vi è un *set-point* del peso che il corpo cerca di difendere e che non può essere continuamente modificato attraverso diete restrittive); educare ai consumi alimentari aiutando il bambino/l'adolescente ad assumere atteggiamenti consapevoli e critici di fronte alle numerose e differenziate offerte del mercato alimentare; indirizzare il più precocemente possibile il bambino/l'adolescente verso corrette abitudini alimentari; stimolare il bambino/l'adolescente al maggior consumo energetico possibile attraverso lo sport, evitando che stia seduto per ore davanti allo schermo televisivo o al computer.

Nel mondo scolastico è, in particolare, importante scegliere in modo appropriato gli alimenti nei distributori automatici, sostituendo gli snack 'spazzatura' con alimenti più corretti; richiedere alle mense scolastiche alimenti più sani e meno calorici; potenziare l'educazione fisica, sfruttando a pieno le ore di ginnastica; organizzare giochi di gruppo e attività che prevedano la corsa e il movimento durante gli intervalli; favorire iniziative quali i campi estivi.

Una valida risorsa è poi rappresentata dall'introduzione di programmi da svolgersi con i bambini e gli adolescenti da attuarsi nelle scuole, che devono prevedere interventi di tipo psicoeducativo ed espressivo-creativo al fine di informare sullo stile di vita salutare, l'importanza dell'esercizio fisico e di una sana alimentazione per il benessere psico-fisico; educare al gusto e al consumo di cibi quali verdura e frutta; implementare l'autostima e le capacità di identificare ed esprimere emozioni, comunicare in maniera efficace, adottare strategie di *problem solving*, migliorare il rapporto con il proprio corpo.

Infine è ormai riconosciuta la necessità di programmare incontri di formazione e discussione, convegni, *workshop* sul tema specifico che si rivolgano sia agli operatori della salute, al fine di fornire loro gli strumenti necessari perché possano svolgere un ruolo nella prevenzione primaria ed eventualmente secondaria, al fine di intervenire precocemente in maniera appropriata e competente sui soggetti a rischio o con patologia conclamata; sia agli insegnanti, genitori, educatori e operatori dello sport, al fine di fornire loro gli strumenti necessari perché possano svolgere un ruolo nella prevenzione primaria e secondaria, individuando precocemente i soggetti a rischio o i soggetti affetti da patologia alimentare al fine di poter intervenire quanto più precocemente possibile.

4. La Prevenzione selettiva: Il “Progetto Luna”

Elaborato da ONLUS Salomè (Renna et al., 2005-2010) il “Progetto Luna” è un programma di prevenzione primaria ‘selettiva’ rivolto ai ragazzini di scuola media inferiore (10-11 anni), ai loro genitori e agli insegnanti che integra la prevenzione dei DCA e quella dell'obesità. Gli obiettivi che il programma persegue con i ragazzi sono quelli di implementare l'autostima, le abilità di coping, l'adozione di strategie di *problem solving*, le capacità di identificare ed esprimere le emozioni e comunicare con gli altri in maniera efficace. Ai genitori e agli insegnanti vengono invece fornite informazioni corrette sulle patologie alimentari e i rischi che queste comportano per il corpo e per la mente viene, al fine di impedire l'abuso da parte dei ragazzi di comportamenti pericolosi o individuarli precocemente quando presenti.

Quest'ultima evenienza comporterebbe una riduzione del tempo di latenza tra l'insorgere della patologia e l'inizio del trattamento da parte di personale specializzato cosa che contribuisce a migliorare la prognosi.

In particolare, gli insegnanti non dovrebbero mai focalizzare l'attenzione sulla taglia e sulle forme del corpo; dovrebbero evitare di apprezzare lo stare a dieta o la perdita di peso come fosse un comportamento sano; dovrebbero promuovere l'accettazione della diversità delle forme del corpo e del peso, porre minore enfasi sull'apparenza fisica rispetto alle caratteristiche individuali e di personalità, educare all'autostima e ai rapporti interpersonali, esercitare una minore pressione sui ragazzi circa i risultati scolastici come se questi fossero il mezzo principale attraverso il quale giudicare il proprio valore. I genitori dovrebbero dare personalmente l'esempio su come nutrirsi in modo sano e seguire una regolare attività fisica, aiutare i propri figli a sviluppare l'autostima andando oltre l'apparenza, incoraggiando l'appropriata espressione dei sentimenti e l'uso di strategie di *coping*, creare durante i pasti

un'atmosfera supportiva (Renna et al., 2005; Loth et al., 2009).

Il 'Progetto Luna' si compone di due parti: la prima prevede un intervento sugli adulti in contatto costante con i ragazzi, insegnanti e genitori, durante il quale vengono fornite informazioni sui comportamenti a rischio nei pre-adolescenti e negli adolescenti (in particolare per quel che riguarda i disturbi del comportamento alimentare, la depressione, l'abuso di alcool e sostanze, i comportamenti aggressivi, l'abuso di internet e le nuove tecnologie, ecc.) al fine di dotare genitori e insegnanti di strumenti di riconoscimento precoce di comportamenti disfunzionali a rischio e vengono fornite strategie per migliorare le capacità di comunicazione e di relazione degli adulti a favore dei ragazzi.

L'intervento sui ragazzi, basato sui fattori di protezione, si compone di incontri di discussione e laboratori espressivi/creativi, finalizzati all'approfondimento della conoscenza e dell'espressione del sé; all'implementazione della capacità critica circa i messaggi proposti dai media e della capacità relazionale; allo sviluppo della creatività e delle abilità di *problem solving*. In questi incontri che sono di natura esperienziale, non si fanno riferimenti espliciti ai DCA e all'obesità, si analizzano i consumi culturali dei ragazzi al fine di comprenderli e orientarsi nel loro mondo, verificare l'omogeneità e le differenze dei loro consumi, saggiarne i gusti e l'immaginario per conoscere – tra scelta e consumo indotto – la qualità del loro crescere. Si attiva, poi, un confronto al fine di ampliare la riflessione sui consumi culturali e sui modelli e i valori che essi trasmettono, affrontare la questione della propria condizione esistenziale attraverso un'attenzione differente ed emozionalmente partecipata ad alcune tematiche per loro fondamentali, si suggeriscono comportamenti salutari e l'accettazione del proprio 'peso naturale'.

La seconda parte prevede la partecipazione dei ragazzi a laboratori espressivi in cui, attraverso il gioco creativo, essi divengono 'propositori' e 'produttori' di messaggi e di senso. Questo implica una scelta di strategie operative di costruzione di équipe a cui è utile allenare e sensibilizzare, implica lo svilupparsi di nuove modalità meno superficiali e più intime di interazione tra pari, implica l'aumento di consapevolezza circa le proprie emozioni, circa la naturale diversità fisica ed emotiva di ciascuno, circa le paure legate alla crescita e al cambiamento.

I risultati di questo programma sono molto incoraggianti. In particolare nel 2009, è stata condotta una ricerca su nove classi di studenti frequentanti la prima media inferiore. Le nove classi sono state divise in due gruppi. Il primo gruppo ha ricevuto solo la prima parte del 'Progetto Luna', mentre il secondo gruppo ha ricevuto sia la prima che la seconda parte. Tutti gli studenti sono stati valutati prima dell'inizio del programma (test) e a un mese dalla sua fine (re-test) con il Children Eating Attitudes Test, il Body Uneasiness Test, il Rosenbergh Self Esteem e il Problem Solving Inventory. Miglioramenti statisticamente significativi sono stati evidenziati in entrambi i gruppi nelle aree dell'insoddisfazione corporea, della capacità di *problem solving* e, soprattutto, a differenza di altri interventi, nei comportamenti alimentari disturbati. Tuttavia, solo gli studenti del secondo gruppo, quelli cioè che avevano ricevuto il programma per intero, mostravano miglioramenti statisticamente significativi nell'area dell'autostima a sottolineare l'importanza dell'uso della creatività nell'implementazione dell'espressione e dell'apprezzamento del sé.

5. Il progetto Pe(n)sa Differente. Festeggia il tuo Peso Naturale!

La campagna nazionale di sensibilizzazione, informazione e formazione su anoressia, bulimia e obesità *'Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!'*, progettata e realizzata da ONLUS Salomè e Big Sur quale parte del Progetto Ministeriale *'Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei DCA'* promosso dal Ministero della Gioventù e il Ministero della Salute nell'ambito di *'Guadagnare Salute'*, integra – così come auspicato da Levin e Piran (2004) – interventi universali, selettivi e mirati che consentono di rivolgere l'azione preventiva alla popolazione generale, alla popolazione a rischio, agli operatori sanitari e agli adulti più a contatto con il mondo giovanile.

Attraverso il progetto si vuole proporre un modo alternativo per protestare dolcemente contro la pressione culturale della nostra società a essere magri come se questo fosse l'unico modo per ottenere successo e stima o per essere felici; stimolare l'accettazione del proprio peso naturale disconfermando e contrastando in maniera costruttiva i messaggi distorti e subdoli veicolati dall'industria della dieta che colpiscono gli individui più fragili e bisognosi di accettazione e di conferme; ricordare che la perdita di peso e la magrezza, possibili fino ad un certo punto, non sono gli unici mezzi per ottenere il successo e la realizzazione personale, e che il fallimento di una dieta risiede nella dieta stessa e nel funzionamento biologico dell'individuo (predisposizione genetica, teoria del Set Point), piuttosto che nella scarsa forza di volontà o nella mancanza di rigore morale. Inoltre l'intento è quello di migliorare l'immagine di sé e l'autostima attraverso la proposizione di immagini del corpo realistiche; celebrare la differenza fisica, mentale ed emozionale di ciascuno, suggerendo l'adozione di stili di vita salutari e implementando le conoscenze sui DCA e l'obesità negli operatori sanitari, sociali, e culturali. Non ultimo lo scopo è anche quello di sostenere chi soffre di anoressia, bulimia, obesità e informare sulle opportunità di cura, per inneggiare ad un pensiero libero al di là di ogni omologazione incentivando le abilità creative ed espressive e festeggiare la bellezza in tutte le sue forme, qualunque taglia noi abbiamo, *'sotto l'unico cuore che abbiamo'*, perché ciascuno di noi fa una differenza.

All'interno di un unico format, sono quindi previste azioni diverse e coordinate, a partire dall'azione di sensibilizzazione rivolta alla popolazione generale, per mostrare che l'anoressia, la bulimia e gli altri Disturbi dell'Alimentazione mostrano da diverse angolature la distorsione della nostra quotidianità e l'inganno e l'inconsistenza alimentati dal discorso mediatico contemporaneo. La modalità comunicativa impropria usata dai media è riconosciuta da tutti quale importante fattore predisponente i DCA e l'obesità. *'Pe(n)sa differente'* utilizza le potenzialità informative e persuasive dei media in maniera positiva e benefica sensibilizzando sulla profonda influenza che esse esercitano sugli individui nella ricerca dell'identità e nel rapporto con il proprio corpo. Stimola la presa di coscienza e il cambiamento nello stile di vita da parte di chi si trova a essere giornalmente bombardato da messaggi illusori che promettono magrezza, e dunque successo, senza sforzo. Aumenta la consapevolezza circa l'inutilità e la pericolosità delle diete. Celebra la diversità della propria taglia e delle proprie forme corporee. Valorizza l'unicità dell'essere *'persona'* e la bellezza autentica che non sono

determinate da un numero sulla bilancia. La parola dello slogan per come è riportata graficamente 'Pe(n)sa' si riferisce al peso che non può essere un numero ideale valido per tutti e alla necessità di pensare, ciascuno con la propria testa per elaborare il proprio modo originale di essere nel mondo.

La campagna utilizza immagini e slogan sempre volutamente non provocatori, che non riportano corpi emaciati e altri abusi sul proprio corpo piuttosto mirano a proporre modelli positivi. Questi ultimi vengono veicolati attraverso manifesti, cartoline, magliette, borse, spillette, spot video, un sito web, una pagina face book, la manifestazione nazionale di sensibilizzazione annuale con eventi scientifici, culturali, artistici e sportivi. Il marchio/simbolo di 'Pe(n)sa differente' è una corona di carta che suggerisce un atto performativo, indossarla e portarla con sé per 'festeggiarsi' per quello che si è e mostrare a tutti la regalità della propria bellezza autentica.

Accanto all'azione di sensibilizzazione si colloca la campagna di informazione, progettata partendo dal presupposto che molte credenze erranee sull'alimentazione e il metabolismo corporeo, oltre che la mancata conoscenza del concetto di *set point* facilitano lo svilupparsi delle patologie alimentari e rendono gli operatori socio-sanitari meno capaci di discriminare i soggetti a rischio o i soggetti affetti da patologia ritardando così l'intervento e peggiorando la prognosi. Utilizza brochure informative differenti a seconda del target a cui sono rivolte e specifiche sezioni sul sito web che contengono informazioni scientificamente corrette. Cerca di rendere familiare a più persone possibili il concetto di 'peso naturale' che è il peso corporeo di chi segue una sana alimentazione e una regolare attività fisica. Il 'peso naturale' è variabile da individuo a individuo, è fortemente influenzato da fattori genetici oltre che ambientali e psicologici. Informa sul tradizionale modello alimentare mediterraneo, uno dei più vari e bilanciati che si conoscano ritenuto oggi in tutto il mondo modello alimentare tra i più efficaci per la protezione della salute, sulla necessità di svolgere un'attività fisica regolare che non vuol dire solo andare in palestra ma anche camminare, ballare, giocare, spostarsi a piedi o in bicicletta per andare al lavoro o a scuola, usare le scale invece dell'ascensore. Pe(n)sare differente è, dunque, l'unica soluzione per il benessere!

Infine, l'ultimo aspetto è quello dell'azione formativa, costruita partendo dal presupposto che interventi non adeguati possono contribuire alla cronicizzazione e all'aggravarsi delle patologie alimentari – condizioni non auspicabili viste le complicanze mediche e psichiatriche che possono sopraggiungere e l'alta percentuale di morte cui queste conducono – prevede incontri di formazione periodici in forma di convegni, workshop, seminari, master per operatori socio-sanitari e socio-culturali.

Conclusioni

Da sempre *Salomè Onlus* e *Big Sur* lavorano con la comunicazione nel suo 'fare terapeutico', elaborando idee innovative di interazione/incontro che fanno leva sul pieno accoglimento del sé. 'Pe(n)sa differente. Festeggia il tuo peso naturale!' è un modo alternativo di 'comunicare' immagini e modelli socio-culturali che contrastano i messaggi distorti su peso, benessere, bel-

lezza, successo veicolati dai media. È un andare oltre l'immagine consueta che si ha dell'anoressia, della bulimia e dell'obesità, oltre le immagini consumate dai media, quelle che sollecitano le curiosità voyeuristiche dei 'sani'. Non si può mostrare, usurare un corpo che va protetto, tutelato, accudito! È accaduto con la campagna di Oliviero Toscani, accade nei siti pro-Ana e pro-Mia, accade sempre più spesso nelle trasmissioni televisive.

'Pe(n)sa differente' sceglie la leggerezza di un discorso aperto, a doppio senso, che non vincola ma riconosce libertà anche nell'interpretazione. Soffonde senso e soffia messaggi più che imporli, invitando la gente ad attraversarli partecipando. Questa l'intenzione di una campagna che fa tutti Principi e Principesse. Tutti, proprio tutti, testimoni della necessità di 'accogliersi'! Per meglio comunicare, serve la rete dei media e servono anche le strade, le piazze e le piccole buone pratiche dell'incontro. Serve uscire dal guscio, serve raccontarsi e andare 'fuori', incontrare l'altro per tentare un contatto, una voce, uno sguardo reciproci.

Bibliografia

Armstrong L (2001). 'From Awareness to Prevention – Developing Solutions Through Media Literacy', *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Austin SB (2001). 'Population-based prevention of eating disorder – an application of the rose prevention model'. *Preventive Medicine*, 32, 268–283.

Bear M (1996). 'Developing Powerful Public Awareness Campaigns'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Bear M et al (2003). 'Prevention of Eating Disorders'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Bennett W & Gurin J (1982). *'The Dieter's Dilemma: Eating Less and Weighing More'*. NY: Basic Books

Calò P, Renna C, Perrone S & Rango A. (2004). 'Il corpo femminile visto dai media'. *Alimenti e comportamenti*, 1, 20-23

Cnattingius S, Hultman C, Dahl M & Sparén P (1999). 'Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls'. *Arch of Gen Psychiatry*, 56, 634-638

Davis K (2002). 'Ana & Mia: The Online World of Anorexia & Bulimia'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

De Giacomo P, Renna C & Santoni Rugiu A (2005): *'Manuale sui disturbi dell'alimentazione'*. Franco Angeli, Milano

Garfinkel PE (2002): 'Integration for the eating disorders', in *Competenze multidisciplinari nei disturbi del comportamento alimentare*, a cura di Renna C et al, 95-106, Piero Manni, Lecce

Gravante A, Renna C & Vallone A (2009). 'Influenza dei media e modelli culturali nei DCA'. Comunicazione al Corso DCA e famiglia: *Anoressia, Bulimia e Obesità in Età Evolutiva*. Vietri sul Mare (SA), 22-23 maggio 2009

Keys A, Brozek J, Henschel A, Mickelsen O & Taylor HL (1950). *'The biology of human starvation'* (Vols 1 and 2). Minneapolis: University of Minnesota Press

Jacobsen M et al (1992). 'How to Accept Our Natural Weights'. *National Eating Disorder In-*

formation Centre, www.nedic.ca

Jasper K (1994). 'Messages From The Media'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A & Wakeling A (1988). 'Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires'. *Psychol Med*, 18, 615-622

Levine P & Piran N (2004). 'The role of body image in the prevention of eating disorders'. *Body Image*, 1, 57-70

Loth KA, Neumark-Sztainer D & Croll JK (2009). 'Informing Family Approaches to Eating Disorder Prevention: Perspectives of Those Who Have Been There'. *Int J Eat Disorders*, 42:146-152

McVey G (2003). 'What We Have Learned About Primary Prevention of Food And Weight Preoccupation'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Coller T & Hannan PJ (2000). 'Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community based intervention'. *Journal of the American Dieting Association*, 100, 1466-1473

O'Dea J & Abraham S (2000). 'Improving the body image, eating attitudes and behaviors of young and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach which focuses on self esteem'. *Int J Eat Disorders*, 28, 43-57

Piran N, Levine MP & Steiner-Adair C (Eds) (1999). '*Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions And Special Challenges*'. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel

Pronger B (2001). 'The Cult of Buff and Lean', *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Randi E & McCabe MA (1999). 'Exposing the Diet Myth: Diets Make You Eat Less'. *National Eating Disorder Information Centre*, www.nedic.ca

Renna C, Perrone S, Bortone S & Marino M (2005). 'PROGETTO LUNA: un programma di prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione basato sui fattori di protezione'. *Psichiatria in Puglia e Basilicata*, XI, 17, 57-62

Samuel-Lajeunesse B (1995). 'Eating Disorder: clinical aspects and changes'. *2nd International Rome Symposium on Eating Disorders, Abstracts Book*, Promo Leader Service, Firenze

Schmidt U (2002). 'Risk Factors for eating Disorders'. In *Eating Disorders and Obesity*, Fairburn CG e Brownell KD (Eds), 2nd ed, The Guilford Press, New York

Smolak L, Levine M & Schermer F (1998). 'A controller evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems'. *J of Psychosom Research*, 44, 339-353

LUCIA BARTOLINI*

“C’ERA UNA VOLTA...” LA DIET INDUSTRY

Premessa

Il termine *Diet Industry* nasce nel Nord America e comprende tutte le iniziative commerciali che propongono sistemi per perdere peso. La *Federal Trade Commission*, istituzione governativa degli Stati Uniti che si occupa specificamente della pubblicità e del mercato degli alimenti, dei farmaci di cui non è obbligatoria la prescrizione, degli apparecchi medicali e dei servizi per la salute, ha definito la *Diet Industry* come la *Weight Loss Hall of Shame*, cioè la casa della vergogna.

La storia della *Diet Industry* risale al 1864 e da allora spiega ogni giorno un esercito agguerrito di strateghi che, con azioni commerciali sempre più sofisticate, promuovono i propri prodotti attraverso i mass-media: giornali, manifesti, radio, televisioni, internet, rappresentando i veicoli principali dei messaggi che arrivano alle persone, riguardanti i temi del benessere, della salute e della forma fisica. Nonostante il mondo scientifico abbia espresso da tempo pubblicamente i propri timori sulla validità, ma ancor più sulla pericolosità di questi trattamenti per la salute delle persone, tale fenomeno continua a dilagare con prodotti sempre più sensazionali, miracolosi tra chi ha la necessità di perdere peso o chi - per quanto normopeso - è insoddisfatto delle proprie forme naturali e vorrebbe potersi rimodellare a proprio piacimento. Molto spesso l’insoddisfazione per il proprio corpo e l’attenzione esasperata ad esso attraverso pratiche minuziose è infatti la rappresentazione di un disagio psicologico più profondo che trova un modo, apparentemente meno doloroso, per raccontarsi.

Agli occhi di chi quotidianamente incontra nella propria pratica professionale le tante persone che hanno provato ogni modo possibile per poter ridefinire i propri limiti naturali ed inseguire il proprio sogno di peso ideale - “quello di quando ero ragazza, 50 kg fa...mi sentivo leggera, stavo bene, ero felice”, “mi basterebbe perdere solo questi 2 kg, ma sono anni che ci combatto, ora non mangio quasi più niente, ma non riesco a dimagrire- o di corpo perfetto - “quando passo davanti ad uno specchio abbasso lo sguardo, il mio ideale sarebbe...”, “senza muscoli mi sento come svestito, non posso farmi vedere così”- la strada del dimagrimento facile appare davvero un business molto sofisticato ed ingegnoso. E la memoria sembra riportarci alle parole di Collodi...

* Dietista presso il Centro DAI, ASL 2, Città della Pieve.

- Pinocchio: *"E dove vai?"*
 Lucignolo: *"Vado ad abitare in un paese... che è il più bel paese di questo mondo: una vera cuccagna!... Si chiama il Paese dei balocchi. Perché non vieni anche tu?...se non vieni, te ne pentirai. Dove vuoi trovare un paese più sano per noialtri ragazzi?"*
- Pinocchio: *"Ma come si passano le giornate nel Paese dei balocchi?"*
 Lucignolo: *"Si passano baloccandosi e divertendosi dalla mattina alla sera. La sera poi si va a letto, e la mattina dopo si ricomincia daccapo. Che te ne pare?"*
- Pinocchio: *"Uhm!...È una vita che la farei volentieri anch'io!"*
 Lucignolo: *"Dunque, vuoi partire con me? Sì o no? Risolviti."*

...e ancora...

- Il gatto e la volpe: *"Vuoi raddoppiare le tue monete d'oro?"*
 Pinocchio: *"Cioè?"*
 Il gatto e la volpe: *"Vuoi tu, di cinque miserabili zecchini, farne cento, mille, duemila?" Pinocchio "Magari! E la maniera?"*
 Il gatto e la volpe: *"La maniera è facilissima...."*

L'industria della dieta appare come un vero e proprio Paese dei Balocchi dei giorni nostri, che con false promesse intende promuovere la Cultura della Felicità, spacciandola per quella della Salute, un Campo dei Miracoli che in cambio di qualche *Zecchino d'oro* sembra poter realizzare facilmente tutti i sogni, ma alla fine può riservare ben più di qualche brutta sorpresa!

"Lascio pensare a voi il dolore, la vergogna, e la disperazione del povero Pinocchio!"

Una felicità apparente, effimera che prende forma in un ambiente che non è in grado di accettare lo sforzo o la fatica come compromesso con la vita, dove il dolore, la sofferenza e la malattia non sono contemplati, ma solo negati.

Nulla a che fare con il significato che la salute assume oggi, non più intesa come assenza di malattia, ma come una condizione dinamica che dipende dalla capacità dell'individuo di trovare un'armonia nel rapporto che egli realizza con l'ambiente - del quale è parte integrante- costruendo o implementando il proprio progetto di vita.

L'individuo nelle sue componenti bio-psico-sociali si inserisce in un contesto più ampio, quello del suo ambiente e delle opportunità di salute che vi trova (Pocetta et al., 2009). Una salute che con le parole di Gadamer "... non è precisamente un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini, ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita" (Gadamer, 1994). Quindi un benessere che come comprenderà il burattino di legno, si può realizzare pienamente non in un luogo ideale, ir-

reale, attraverso rituali magici straordinari, ma nel contesto della vita quotidiana “dove la gente vive, ama, lavora, gioca” (Carta di Ottawa, 1986). Un processo che si sviluppa in tutto l’arco dell’esistenza attraverso le proprie risorse – abilità, capacità personali...*life skills* – e attraverso le opportunità di salute del proprio contesto di vita.

Come possiamo quindi accettare che i desideri e i sogni dell’uomo moderno, insieme alle sue fragilità e debolezze anziché essere riconosciuti, accolti e sostenuti dal proprio contesto di riferimento, vengano piuttosto manipolati da veri e propri *mercanti* che rimandano ad informazioni così ambivalenti e contraddittorie? Da un ambiente che Brownel definisce tossico (*toxic environment*) perché guardando solo ai propri interessi commerciali ed economici favorisce e sostiene l’instaurarsi di stili di vita sempre meno salutari con l’invenzione di un cibo irresistibile -perché gustoso, perché conveniente, perché sempre e ovunque disponibile- con sempre meno occasioni per utilizzarlo e al tempo stesso pronto a dettare le nuove regole per resistervi?

1. Per fare chiarezza

Oggi sono numerosi i documenti ufficiali attraverso i quali la Comunità Scientifica svela con chiarezza i trucchi e gli inganni della *diet industry* identificando nel dettaglio i rischi e pericoli per la salute che ne derivano, asserendo che il mercato della dieta è responsabile dell’aggravamento dell’Obesità perché attraverso informazioni false e confondenti crea disorientamento minando l’equilibrio dell’individuo sul piano emotivo, psicologico e su quello della corretta conoscenza.

Sono numerosi gli esempi di frode riconosciuti sin dagli esordi della *diet industry*: la dieta povera di carboidrati di Banting, gli estratti di tiroide che distruggono la massa magra, la dieta di Hollywood, il Nitrofenolo con azione lassativa, le amfetamine, l’uso della digitale ad alte dosi per l’effetto nausea, la “pillola arcobaleno, la dieta Scarsdale, le proteine liquide, le capsule che contengono cocktail di farmaci, la dieta di Beverly Hills, la Herbalife Slim. In particolare si parla di frode pericolosa nel caso in cui si evidenzia il pericolo legato a preparazioni farmaceutiche magistrali contenenti un cocktail di farmaci e propagandate come erbe o omeopatia; falso ideologico se i prodotti sono di per sé utili, ma per amplificare la vendita il marketing usa messaggi pubblicitari che ne alimentano l’uso scorretto; mistificazione quando vengono consigliati sistemi inutili e innocui, ma suggeriti facendo uso della mistificazione come le alghe, il cerotto o infusi vari.

Le promesse dell’industria della dieta sono numerose e rappresentano la vera arma utilizzata per catturare la curiosità di persone di ogni genere perché scelgano, senza pensarci troppo, la soluzione proposta, a volte ad un problema che prende forma proprio in quel momento!

È incredibile come i prodotti di sempre vengano lanciati nel mercato come assolutamente innovativi ed unici, come ogni programma di perdita di peso sia per definizione facile da seguire, senza alcuna restrizione o esercizio fisico che possa richiedere un eccessivo sforzo, ma con il vantaggio di comportare enormi benefici a livello fisico, psicologico ed interpersonale.

Si può contare su sostanze sempre più miracolose che agiscono nel sonno, apparecchi ultrasofisticati che richiedono al massimo dei movimenti passivi. Per convincere gli eterni indecisi dell'efficacia del proprio prodotto non possono mancare le foto prima e dopo il trattamento e neppure le testimonianze sincere di chi lo ha provato davvero. Parlare di cellulite poi è una garanzia per richiamare l'attenzione di un pubblico femminile sempre più vasto, qualora si fosse distratto per un momento!

I messaggi, le immagini, il linguaggio così convincenti e rassicuranti in realtà tendono a generare e perpetuare paure, insicurezze, pregiudizi dipingendo le persone obese come persone golose, deboli, pigre, non attraenti, asessuali e malate. Rinforzando l'idea già diffusa che la perdita di peso e la magrezza rappresentano una via semplice e in un qualche modo indispensabile per raggiungere virtù, salute e successo. L'eventuale fallimento del programma sarà solo una conferma della scarsa forza di volontà, di autocontrollo, di determinazione e mancanza di valore morale dell'individuo obeso. I contenuti dei programmi dimagranti vengono descritti raramente in modo chiaro, la dieta proposta è spesso fortemente restrittiva (inferiore a 1000 Calorie/die) e la sua applicazione non richiede alcuna supervisione clinica. In tale modo si induce solo una perdita di peso a breve termine senza alcuna valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, seguita da una ripresa del peso perduto perché non viene effettuata alcuna educazione, informazione idonea al controllo cognitivo del Comportamento alimentare e senza adeguati programmi di mantenimento. In alcuni casi vengono anche utilizzati farmaci non appartenenti alla categoria delle specialità medicinali registrate dal Ministero della Salute come diuretici, spirulina, ormoni tiroidei, anfetamine, gonadotropina corionica, dinitrofenolo, erbe, supplementi di aminoacidi.

Da un punto di vista nutrizionale i diversi regimi alimentari sono quasi sempre squilibrati negli apporti di macro e micronutrienti e la perdita di peso ottenuta avviene per lo più a scapito della massa muscolare, che si mobilita più facilmente della massa grassa con corrispondente depauperamento della densità minerale ossea. La dieta proposta può basarsi su un solo alimento (dieta dell'ananas, dell'uva, del gelato, del riso, delle patate...) e allora è utile ricordare che non esiste in natura un alimento che da solo è in grado di apportare all'organismo tutti i nutrienti di cui necessita e che quindi oltre ad essere fortemente monotona rischia di determinare importanti carenze nutrizionali.

Molte diete riducono l'apporto di carboidrati ma sono inevitabilmente carenti, oltre che in zuccheri (compresa la fibra), negli apporti di vitamine (tiamina, folati, ...) e minerali (Ca, Mg, Fe, K) (Foreyt et al., 2009). Un adeguato apporto di macro e micronutrienti è possibile, anche nelle diete ipocaloriche, solo se sono rappresentati tutti i gruppi alimentari. Le diete ricche in grassi anche conosciute come chetogeniche, di cui l'ultimo esempio è rappresentato dalla ormai diffusa NEC o dieta del sondino verso la quale la federazione delle sei maggiori società scientifiche di nutrizione, dietetica e scienza della nutrizione italiane (Fesin) ha stilato una vera e propria dichiarazione di guerra per la sua pericolosità, escludono completamente i carboidrati. L'origine di questo tipo di dieta deriva dal trattamento dietetico dei pazienti pediatrici malati di epilessia, in quanto il grasso funge da falso neurotrasmettitore e riduce le crisi di convulsione da epilessia e contemporaneamente determina una riduzione ponde-

rale. Questo tipo di dieta viene però ritenuta molto pericolosa visto che come sappiamo perfettamente il cervello funziona sfruttando proprio i carboidrati che se non vengono garantiti portano il corpo ad uno stato di acetosi. Inoltre un apporto di grassi troppo elevato provoca l'aumento di colesterolo e trigliceridi nel sangue. Altri possibili problemi possono essere la perdita di una grande quantità di liquidi, disidratazione, perdita di elettroliti.

Ci sono poi le diete che aumentano la quota di carboidrati e fibra riducendo sostanzialmente l'apporto di proteine e di grassi. Il problema in questo tipo di dieta è la carenza di proteine, vitamine e minerali anche per l'elevato apporto in fibre che incide negativamente sull'assorbimento dei nutrienti oltre che a determinare ricorrenti fastidiosi disturbi intestinali. Indipendentemente dal tipo di dieta presa in considerazione la riduzione ponderale ottenuta praticando una restrizione calorica non accompagnata da un cambiamento permanente nello stile di vita complessivo, non viene mantenuta a lungo termine. Esiste infatti una serie di complessi meccanismi biologici e psicologici, che fanno parte di tutte quelle misure che il nostro organismo ha creato nel corso della sua evoluzione per difendersi dai periodi di mancanza di cibo, che ostacolano il dimagrimento e che, col progredire della dieta, rendono sempre più difficile perderlo ed estremamente facile recuperarlo.

Questo fenomeno, chiamato effetto *rebound*, ha la sua base biologica nell'ipotalamo, una parte del nostro cervello che presiede alla regolazione del peso e che mantiene una sorta di memoria del peso precedente alla dieta. Indipendentemente dal perché si dimagrisce – che sia per carestia, per malattia, per un motivo estetico- l'ipotalamo attiva una serie di stimoli ormonali allo scopo di modificare le sensazioni ed i comportamenti della persona affinché possa tornare al peso iniziale; il corpo sembra essere fisiologicamente regolato attorno ad un intervallo di peso, definito *set point*, che cerca di preservare ad ogni costo. Ad ogni repentina riduzione di peso la composizione corporea si modifica con riduzione della massa cellulare attiva e quindi del metabolismo basale.

Contemporaneamente si evidenzia una maggiore incapacità a controllare i propri impulsi a causa di alterazioni neuroormonali che determinano un aumento della fame (in particolare si va alla ricerca di alimenti ricchi in carboidrati) e una sazietà più tardiva (per la riduzione dei livelli della leptina, la sostanza proteica prodotta dal tessuto adiposo che ha la funzione di indurre la sazietà) che sfocia spesso nell'abbuffata. Quindi paradossalmente una dieta troppo restrittiva non solo risulta inefficace a lungo termine, ma genera anche una maggiore tendenza ad ingrassare alimentando nella persona che vuole perdere peso sensi di colpa e di fallimento, riduzione dell'autostima, vergogna e depressione.

Già Ancel Keys con i primi studi degli anni cinquanta definì le modifiche importanti che seguono ad una restrizione ferrea: atteggiamenti nei confronti del cibo (preoccupazione per il cibo, collezione di ricette e libri di cucina, inusuali abitudini alimentari, incremento del consumo di caffè, tè, spezie; occasionale ingestione esagerata di cibo), modificazioni emotive e sociali (Depressione, ansia, irritabilità e rabbia, labilità emotiva, episodi psicotici, cambiamenti di personalità evidenziati dai test psicologici, isolamento sociale), modificazioni cognitive (Diminuita capacità di concentrazione, diminuita capacità di pensiero astratto, apatia), modificazioni fisiche (Disturbi del sonno, Debolezza, Disturbi gastrointestinali, ipersensibi-

lità al rumore e alla luce, edema, ipotermia, parestesie, diminuzione del metabolismo basale, diminuzione dell'interesse sessuale) (Keys et al., 1950).

Ogni volta che non curanti del sistema di contro-regolazione dell'organismo si ripercorre la strada della restrizione che si fonda sulla privazione, su rigide classificazioni alimentari ed estenuanti conteggi, aumenta il rischio di sviluppare una vera Obesità, Disturbi Alimentari o la *Weight Cycling Syndrome*. Questa ultima è la sindrome delle fluttuazioni del peso corporeo, più comunemente conosciuta come sindrome dello yo-yo, per indicare i ripetuti cicli di calo ponderale che vengono sempre seguiti da un recupero dello stesso, con ripercussioni sulla salute per l'aumento del rischio di patologie cardiovascolari (infarto, ictus). È sconcertante sapere il ricorrere consecutivamente a trattamenti per la perdita di peso - *dieting*- non è una pratica esclusiva degli adulti, in quanto la prevalenza di tale comportamento è sempre più diffusa anche tra i bambini (Mcnutt et al., 1997).

2. L'obesità: una questione seria

L'obesità è una problematica medico-sociale in costante aumento, soprattutto nelle fasce d'età giovanili, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di "epidemia globale" e definisce il mondo in cui viviamo "obesogeno", cioè produttore di obesità. Rifacendoci all'ultimo documento in ordine di tempo presentato sull'argomento (*Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document*) (Donini et al., 2010) e che si rifà alla letteratura ed alle Linee Guida più aggiornate possiamo dire che l'obesità è una malattia cronica caratterizzata da un significativo aumento della morbosità con ripercussioni gravi sulla aspettativa di vita e sulla qualità di vita; il deterioramento di quest'ultima è legato, in particolare, alle disabilità.

La patogenesi è multifattoriale. È legata all'interazione circolare - nel corso della vita - di fattori predisponenti genetici, fattori ambientali (familiari, lavorativi, micro- e macro-sociali), abitudini alimentari scorrette (in una minoranza di casi inquadabili in un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare), sedentarietà con ridotto dispendio energetico, alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore e di personalità e non solo.

Il riconoscimento dell'importanza di ciascun fattore per lo sviluppo di obesità e la possibilità di porre in atto adeguate misure correttive diverse per ogni paziente sono gli elementi critici nel trattamento dell'Obesità. Sono stati e sono ancora frequenti - e non di rado tragici - gli errori dovuti a ignoranza e sottovalutazione delle complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione e dell'Obesità. Altrettanto pericolose sono le gestioni troppo peso-centrate, con atteggiamenti ingenui verso la psicopatologia delle persone con bulimia e obesità.

Scopo dell'intervento terapeutico-riabilitativo è non solo il recupero funzionale biologico e psicopatologico, ma anche il recupero di abilità e performance funzionali individuali e relazionali con l'ambiente, il recupero occupazionale e lavorativo, il miglioramento della qualità di vita specialmente nelle forme più gravi di obesità.

È indispensabile prevedere percorsi terapeutici interdisciplinari e multidimensionali, spesso

lunghi e articolati, che affrontino sintomi, cause e complicanze dell'obesità, nel setting di cura (ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) di volta in volta più adeguato.

Per l'Obesità il trattamento più efficace consiste in un programma terapeutico riabilitativo attuato presso Unità Operative di Dietetica e Nutrizione Clinica di strutture accreditate, ospedaliere o universitarie, pubbliche o private, con un *team approach* multidimensionale affidato al lavoro integrato di diverse figure professionali: medici specializzati (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri e chirurghi quando indicato), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori ed infermieri.

I dati della letteratura scientifica internazionale dimostrano che i migliori risultati si ottengono nei soggetti informati, in grado di gestire meglio l'introito calorico, le oscillazioni del tono dell'umore, le fluttuazioni dei livelli di ansia o di stress, che sono passati attraverso un percorso terapeutico-riabilitativo caratterizzato dall'integrazione, in un approccio interdisciplinare, di un intervento nutrizionale, di un programma di rieducazione funzionale e ricondizionamento fisico e di un percorso psico-educazionale (educazione terapeutica, motivazione al cambiamento) adeguatamente supportati da un intervento di nursing riabilitativo. In casi selezionati è necessaria una terapia farmacologica e/o chirurgica sempre nell'ambito di un programma multidimensionale integrato.

L'intensità dell'intervento deve essere funzione del livello di gravità e comorbidità (somatica e psichica) dell'Obesità, del grado di disabilità e della qualità di vita complessiva.

È essenziale che l'intervento terapeutico-riabilitativo (ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) si articoli e si coordini in un piano di cura complessivo a lungo termine. Devono essere assolutamente evitati tutti gli interventi di breve durata che reiterano il circolo vizioso del dimagrimento/ingrassamento (*weight cycling o yoyo*) responsabili delle forme più gravi di obesità refrattarie al trattamento e della comparsa di veri e propri disturbi del comportamento alimentare.

3. Per una storia... a lieto fine

Se la salute non è più concepita come una dimensione di responsabilità individuale, ma come diritto e dovere che chiama in causa l'intera collettività, la promozione del benessere non richiede solo il coinvolgimento consapevole del singolo, che si realizza attraverso la conoscenza, ma soprattutto politiche pubbliche coerenti e sinergiche.

Un processo globale "orientato alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali, economiche e strutturali e al rinforzo delle capacità e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute individuale e collettiva" (*empowerment for health*). Tale approccio riconosce l'importanza del coinvolgimento di tutta la comunità nelle modificazioni delle condizioni che influiscono sullo stato di salute, piuttosto che centrarsi sulle persone esposte a rischio di specifiche malattie ed esalta l'importanza della responsabilità sociale e della partecipazione nel perseguimento del benessere fisico e mentale.

Gli operatori sanitari insieme ai rappresentanti della società e del mondo politico sono quindi chiamati a vivere e a sentirsi protagonisti di un'epoca in evoluzione, nella quale le criticità

nate dall'assolvere l'importante ruolo di educatori e di formatori devono spingere ad essere creativi e a rinnovarsi proprio a partire dalla pluralità e complessità dei bisogni dell'uomo moderno che non lasciano spazio all'improvvisazione. Leonardo da Vinci nei suoi *Scritti* dice: "Quelli che s'innamorano di pratica senza scienza, son come 'l nocchiere, ch'entra in navilio senza timone o bussola, che mai ha certezza dove si vada".

A partire dalle criticità del passato (*Reflective Practice*) e dai riferimenti teorici della letteratura nazionale e internazionale più aggiornata (*Evidence-based Medicine*) gli interventi orientati alla promozione di una cultura del benessere guardando più che mai alle risorse e ai punti di forza esistenti più che agli aspetti problematici. L'individuo è al centro di tutto il processo insieme ai fattori protettivi cioè a quelle caratteristiche individuali o ambientali che riducono la probabilità di coinvolgimento nel rischio, come fattori che riducono i danni dello stesso, come elementi che moderano i fattori di rischio ambientali.

Di fronte alle difficili scelte che l'individuo deve compiere ogni giorno vorremmo che possa contare sempre più, come il piccolo burattino di legno, su quella forza d'animo che Platone nominava "tymoidés" perché riesca ad affrontare e superare le avversità della vita, uscendone addirittura rinforzato e trasformato positivamente. Un nuovo individuo che con tutte le possibilità di cui dispone sia in grado di trovare la strada giusta verso la meta che si prefigge, una strada che non è necessariamente la più facile o la più immediata, ma sicuramente la più vera ed autentica rispetto a quello che è e a quello che desidera per sé e per la propria salute.

Pinocchio: "Com'ero buffo, quand'ero un burattino! e come ora son contento di esser diventato un ragazzino perbene!..."

Bibliografia

- Collodi C., *Le avventure di Pinocchio. Storia di un burattino*, R. Bemporad Editori, 1883.
- Cooper Z., Fairburn C.G., *Cognitive behavioural treatment of obesity*, in Wadden TA, Stunkard AJ (eds), *Obesity: Theory and Therapy* (Third Edition), Guilford Press, New York 2002.
- Donini L.M., Cuzzolaro M., Spera G. et al., "Obesity and Eating Disorders. Indications for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document", *Eat Weight Disord.*, 2010 Mar-Jun;15(1-2 Suppl):1-31.
- Fe.S.I.N (2011), *Position Statement* della Fesin sulla cosiddetta Nutrizione Enterale chetogenica (NEC) come Terapia dell'Obesità.
- Foreyt J.P., Salas-Salvado J., Caballero B., Bulló M., Gifford K.D., Bautista I., Serra-Majem L., "Weight-reducing diets: are there any differences?", *Nutr Rev.* 2009 May;67 Suppl 1:S99-101.
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, ed. it., Cortina Raffaello Editore, 1994.
- Keys A. et al., *The Biology of Human Starvation*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1950.
- Ligio, *Linee guida italiane obesità*, Pendragon Editore, 1999; Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2010.

McNutt S.W., Hu Y., Schreiber G.B., et al., "A longitudinal study of the dietary practices of black and white girls 9 and 10 years old at enrollment: The NHLBI growth and health study", *Journal of Adolescent Health*, Volume 20, Issue 1, January 1997, Pages 27-37.

National Institutes of Health, Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. *Obesity Research* 1998;6 Suppl 2:51S-209S.(2): Basdevant A, Guy-Grand B, editors. *Médecine de l'obésité*. Paris: Flammarion; 2004.

Neumark-Sztainer D., Wall M., Guo J., Story M., Haines J., Eisenberg M., "Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?", *J Am Diet Assoc.*, 2006 Apr;106(4):559-68.

Pocetta G., Garista P., Tarsitani G., *Alimentare il benessere della persona. Prospettive di promozione della salute e orientamenti pedagogici per l'educazione alimentare in sanità pubblica*, SEU, 2009.

Rotella C.M., Ricca V., Mannucci E., *L'obesità. Manuale per la diagnosi e la terapia*, SEE, Firenze 1997.

CONCLUSIONI

IL CORAGGIO DI GUARDARE

di Emanuela Rampelli e Laura Dalla Ragione

*Chi non ha un orizzonte è un uomo che non vede abbastanza lontano
e perciò sopravvaluta ciò che gli sta più vicino.
Avere un orizzonte significa non essere limitato a ciò che è più vicino,
ma saper vedere al di là di questo.*
Hans Georg Gadamer

Parlare di prevenzione è un compito alto che richiede il coinvolgimento di competenze diverse e di una complessa rete di promotori: solo dalla collaborazione attiva e partecipata tra soggetti diversi può infatti svilupparsi un confronto dinamico e produttivo. Il dialogo tra partner pubblici, istituzionali, operatori del privato sociale e dell'associazionismo si compone così, tra le righe dei numerosi articoli e saggi che sono stati qui presentati, in un insieme unitario, arricchito dallo scambio continuo e dai rimandi tra i vari aspetti che permettono di prendere in considerazione il fenomeno in tutta la sua complessità.

Come si è sottolineato è ormai pienamente riconosciuto che la natura multifattoriale dei Disturbi del Comportamento Alimentare richiede che non solo il trattamento, ma anche gli interventi preventivi siano concepiti secondo un'ottica multidisciplinare integrata: riflettere partendo dalla considerazione degli ambiti della scuola, dei mass media, dell'industria della dieta, dello sport, ha così permesso agli specialisti del settore di individuare i confini del campo all'interno del quale poter operare.

Si sa che il limite, nella sua valenza etimologica di *limes*, ha un duplice significato: quello di separare ma anche quello di mettere in comunicazione. I contributi raccolti in questa pubblicazione, individuano, quindi, da un punto di vista epistemologico, quali siano i caratteri scientifici per definire cosa sia la prevenzione in campo DCA e quali le teorie di riferimento per poter operare in tale settore. Al tempo stesso, però, prendere in considerazione lo stesso fenomeno partendo da quattro prospettive diverse, ha consentito di evidenziare quanti siano i rimandi che legano tra loro questi ambiti, permettendo in questo modo di instaurare importanti connessioni tra le diverse discipline, pur nel rispetto reciproco delle singole specificità.

Questa interrelazione è stata sicuramente agevolata dalla presenza, riscontrabile nei vari articoli, di una continua relazione tra teoria e prassi: il confronto, infatti, ha permesso non solo di esaminare concretamente quali siano le differenze tra una prevenzione di tipo primario, secondario o terziario, ma soprattutto ha offerto pratici strumenti applicativi, va-

lutati nella loro efficacia, discussi nei loro margini di miglioramento, che permettono di riempire i “contenitori” delle categorie teoriche con i contenuti dell’esperienza pratica e concreta, condotta sul campo dai professionisti del settore.

In questo senso la parola, la semplice parola è già azione, perché frutto di una riflessione che scaturisce dall’analisi dei bisogni condotta in ognuna di queste aree, dalla strutturazione dei progetti sviluppati e dalla presentazione e discussione dei risultati ottenuti. Ciò ha reso possibile parlare di scuola, dando voce a studenti e insegnanti, entrare nel mondo dello sport per interrogarsi sul rapporto tra benessere e rischio nella pratica sportiva, analizzare l’area dei mass media attraverso l’esame dei messaggi veicolati e comprendere il fenomeno dell’industria della dieta mediante la considerazione dei suoi caratteri intrinseci.

Attraverso la discussione e l’incontro si è così cercato di delineare un orizzonte di riferimento: come si legge nella frase di Gadamer scelta come esergo, avere un orizzonte significa essere in grado di distinguere ciò che è al suo interno, avere consapevolezza degli elementi che ricadono nella nostra sfera di competenza. Questo è stato l’intento alla base dell’intero progetto ministeriale e della pubblicazione dei risultati: avere il coraggio di guardare ha avuto per noi il valore di fermare l’attenzione sull’attuale stato dell’arte per poter offrire una specie di “cassetta degli attrezzi”, una rassegna di strumenti disponibili, efficaci, concreti per la prevenzione dei DCA, nei diversi ambiti di interesse.

Al tempo stesso, individuare l’orizzonte di riferimento implica anche la possibilità di spingere lo sguardo oltre di esso, per arrivare a cogliere ciò che è al di là, seguendo quella tensione verso l’oltre che anima il procedere scientifico e si concretizza nell’interrogativo della domanda, anche sotto il profilo esistenziale. Molti dei progetti qui presentati contengono infatti importanti riferimenti alla possibilità di futuri sviluppi per le ricerche finora condotte, sia che si tratti di precise indicazioni o di consistenti speranze.

Poter guardare al di là apre il discorso su altre prospettive, nuovi incontri per affrontare il tema della prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare con una competenza sempre maggiore, avvalendosi dei risultati raggiunti come ulteriori punti di partenza per proseguire nella ricerca, cogliendo in ogni risposta la domanda da questa implicata. Come scrive Rilke nelle *Lettere ad un giovane poeta* “non ricerchi ora le risposte, che non possono esserle date perché non le potrebbe vivere [...] ora viva le domande. Forse così a poco a poco, insensibilmente, si troverà un giorno lontano a vivere la risposta”.

Da parte nostra, accanto al ringraziamento doveroso a quanti hanno contribuito con l’impegno, la serietà, la pazienza, alla realizzazione di questo testo, rimane la speranza di aver offerto con esso la nuova consapevolezza di poter guardare al futuro con il coraggio di chi sa di avere in mano gli strumenti per affrontarlo.



Il coraggio di guardare

La prevenzione nei Disturbi del Comportamento Alimentare pone quesiti nuovi e complessi su come arginare un'epidemia sociale che riguarda milioni di persone nel mondo, con fattori di rischio e di diffusione collegati a modelli culturali e stili di vita difficili da modificare.

Questa pubblicazione presenta i risultati del Progetto nazionale "Le Buone pratiche di cura e la Prevenzione sociale dei Disturbi del Comportamento Alimentare" promosso dal Ministero della Salute e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù nell'ambito del protocollo di intesa "Guadagnare Salute". Il confronto tra gli specialisti del settore, le Associazioni dei familiari e dei pazienti, gli esponenti del mondo della cultura, i medici, i pediatri e tutti coloro che si interrogano sulla diffusione e sull'impatto sociale di queste insidiose patologie, si è sviluppato intorno a quattro aree d'intervento: scuola, sport, mass media, industria della dieta.

La continua relazione tra teoria e prassi che caratterizza tutti i contributi, fa di questa pubblicazione un utile strumento operativo, rivolto non solo agli esperti del settore, ma anche a tutti coloro che operano all'interno delle quattro aree d'intervento.



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Gioventù

