

Ascoltare... tra le righe

**GUIDA PER DOCENTI E PSICOLOGI SCOLASTICI
SUI DISTURBI ALIMENTARI**

Ascoltare... tra le righe

**GUIDA PER DOCENTI E PSICOLOGI SCOLASTICI
SUI DISTURBI ALIMENTARI**



Con il patrocinio del:

Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

UFFICIO VIII - AMBITO TERRITORIALE DI VICENZA

Curatori:

FEDERICA ZANELLA psicologa - Vicenza

MARTA BORGATO genitore - Valdagno

Consulenza scientifica:

Dottoressa ALESSANDRA SALA

Responsabile del Centro Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso dell'ULSS 8 Berica di Vicenza.

Grafica

SARA ISELLO - Valdagno



Ad ottobre 2021, è venuta a mancare la professoressa Sabrina Boso. Non era un genitore dei nostri e nemmeno un collaboratore o un sanitario, era una **professoressa di scienze motorie**. Era soprattutto una persona meravigliosa che abbiamo avuto la fortuna di incontrare andando nelle scuole. Aveva una sensibilità particolare e la si coglieva per come si preoccupava e interessava dei suoi studenti.

Noi possiamo testimoniare che Lei ci credeva!

Credeva nella salute mentale e fisica dei suoi alunni, di tutti i ragazzi, credeva in quello che faceva e lo trasmetteva con il sorriso, credeva nella famiglia e credeva nell'amicizia vera. **Credeva nel prevenire la sofferenza chiedendo aiuto e credeva nell'ascolto dei giovani** e nella necessità di accompagnarli fiduciosi verso il futuro.

Era il nostro punto di riferimento all'Istituto Professionale IIS "Marzotto-Luzzatti" di Valdagno, per il progetto scolastico *Disorder*.

Ci accoglieva sempre con un grande sorriso e ci presentava subito ai ragazzi. A ricreazione ci aspettava alle macchinette per un caffè assieme e per scambiarsi subito le prime impressioni sugli interventi nelle classi. Ci telefonava poi per assicurarsi che tutto fosse andato bene, ma soprattutto quando aveva il dubbio che qualche sua alunna fosse in difficoltà, ci chiamava per consigli.

Vogliamo dedicare a Sabrina questo vademecum con infinita stima e riconoscenza per esprimere il nostro umile ma immenso grazie, impegnandoci a fare del nostro meglio per coinvolgere ancora di più gli insegnanti, sulla scia del suo esempio.

PREMESSA	7
I DISTURBI ALIMENTARI	8
Informazioni generali.....	9
Chi soffre di disturbi alimentari.....	10
False credenze.....	14
Domande frequenti sui disturbi alimentari in ambito scolastico	16
IMPATTO DEI DISTURBI ALIMENTARI SULLE ABILITÀ COGNITIVE	18
Consigli specifici per insegnanti, amministratori e staff scolastico.....	20
Assistenza agli studenti.....	22
Assistenza ad amici e compagni degli studenti con disturbi alimentari	23
Suggerimenti nella pianificazione educativa di studenti in trattamento	24
La complessità delle comunicazioni tra i genitori e la scuola	25
L'importanza della comunicazione.....	26
Gli Psicologi scolastici	28
CONSIGLI PER INSEGNANTI DI SCIENZE MOTORIE ED ALLENATORI SPORTIVI	31
Fattori personali che possono determinare un rischio per l'atleta	33
Aspetti peculiari delle atlete.....	34
GLOSSARIO	37
Contatti	40
Riferimenti e risorse	41

La progettazione di questa guida nasce dopo alcuni anni della nostra attività di sensibilizzazione nelle scuole superiori, con il desiderio di rendere maggiormente consapevoli e partecipi i docenti e lo staff scolastico dell'**aiuto che possono portare ai loro studenti** quando questi soffrono di disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, *binge eating* e altri) e di fornire degli strumenti concreti per una migliore interazione.

Esistono purtroppo molte false credenze sui disturbi alimentari che spesso rendono complessa anche la più semplice comunicazione.

Questo documento si propone quindi come uno strumento di consultazione basato su linee guida e studi aggiornati sul tema della prevenzione e del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Per la sua creazione è stato fatto riferimento al vademecum messo a punto negli Stati Uniti dall'organizzazione NEDA Feeding Hope (*The NEDA Educator Toolkit*) scaricabile alla pagina <https://www.nationaleatingdisorders.org/toolkits>), che ha autorizzato l'adattamento di alcuni contenuti alla realtà italiana, a cura della psicologa Federica Zanella, il testo è stato poi sottoposto alla validazione scientifica della dottoressa Alessandra Sala.

Siamo ben consapevoli che nessuna guida possa trattare in modo esaustivo tutte le questioni legate a questa complessa tematica, ma **il nostro obiettivo è quello di fornire una panoramica dei disturbi alimentari e delle possibili strategie di gestione del problema in ambito scolastico, in un documento di facile consultazione.**

Il tema è particolarmente attuale: le restrizioni del periodo pandemico hanno agito nella popolazione giovanile come fattore scatenante di condizioni di significativa sofferenza psicologica e psichiatrica tali da produrre un importante aumento dell'incidenza dei disturbi alimentari.

I DISTURBI ALIMENTARI

Informazioni generali

Chi soffre di disturbi alimentari

False credenze

Domande frequenti sui disturbi alimentari in ambito scolastico

I disturbi alimentari sono patologie psichiatriche complesse che necessitano di un trattamento multidisciplinare in ambito psichiatrico, psicoterapeutico, medico e nutrizionale.

Il DSM-5 riconosce tra i disturbi alimentari diagnosticabili l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da *binge eating*.

Spesso i disturbi alimentari coesistono con altre patologie quali la depressione, l'ansia o il disturbo ossessivo-compulsivo.

Le persone che soffrono di disturbi alimentari sono ossessionate dal cibo, dalla forma del corpo e dal peso corporeo. Il disturbo può avere diversi livelli di gravità e/o un andamento cronico; in alcuni casi, se non viene riconosciuto e trattato adeguatamente può mettere a rischio la vita dell'individuo.

Quando si parla di **ANORESSIA NERVOSA** si intende un disturbo in cui la persona riduce in modo estremo l'assunzione calorica giornaliera, manifestando forte ossessioni per il peso e la forma corporea. Molto spesso chi soffre di anoressia nervosa associa alla restrizione alimentare una serie di pratiche di compensazione, come l'esercizio fisico eccessivo.

La **BULIMIA NERVOSA** è caratterizzata da episodi di abbuffata (ingestione di grandi quantità di cibo in breve tempo con sensazione di perdita di controllo), alternati a condotte di compensazione (vomito autoindotto, iperattività, uso di lassativi).

Il disturbo da **BINGE EATING** implica l'abbuffarsi, cioè mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo molto maggiore rispetto a quella che la maggior parte delle persone riuscirebbe a consumare nello stesso tempo e nelle stesse circostanze, in assenza di condotte di compensazione. A tale comportamento si associano la perdita del controllo o la percezione dell'inevitabilità dell'abbuffata, sensi di colpa e vergogna. Questa componente differenzia il disturbo dall'*overeating*, inteso come

assunzione eccessiva di cibo. Nella maggior parte dei casi la persona che soffre di tali disturbi è eccessivamente concentrata sul cibo, non ama mangiare con altri, non vuole che le vengano poste domande sulle sue scelte alimentari ed è totalmente assorbita dal tentativo di trattenersi dal mangiare.

Sicuramente la persona che soffre di un disturbo alimentare è affamata!

Il disturbo la induce però a controllare lo stimolo della fame.

Le alterazioni della percezione corporea nel disturbo alimentare inducono chi ne soffre a vedersi in sovrappeso in modo non realistico (**distorsione dell'immagine corporea**) o a valutare negativamente il proprio aspetto fisico (insoddisfazione corporea). L'insoddisfazione per la propria immagine corporea è spesso legata alla credenza implicita che il peso, la forma del corpo e la magrezza siano le fonti principali dell'autostima e del proprio valore. Gli adolescenti con preoccupazioni sull'immagine corporea hanno più probabilità di sviluppare depressione, ansia e tendenze suicidarie.

Gli adolescenti sperimentano frequentemente cambiamenti di peso e di altezza. Una ragazza può ad esempio aumentare fino a 20 kg tra gli 11 e i 14 anni in modo del tutto fisiologico. Un ragazzo o una ragazza che aumenta di peso prima del picco di crescita in altezza può apparire robusto/a, mentre un ragazzo o una ragazza che cresce prima in altezza senza aumentare di peso può apparire invece molto magro/a. Ciò non costituisce necessariamente un segno o sintomo di un disturbo alimentare, **solo gli esperti possono effettuare una diagnosi.**

Sebbene molte persone con un disturbo alimentare siano perfezioniste e studenti modello, non è una caratteristica universale: infatti il perfezionismo può talvolta manifestarsi come apatia, ad esempio quando un ragazzo non riesce a soddisfare gli standard elevati che si pone ed evita di agire per paura del fallimento.

Gli individui perfezionisti possono sentirsi angosciati dall'idea di deludere sé stessi o gli altri e possono quindi agire in modo da evitare tale rischio.

I disturbi alimentari sono caratterizzati da una serie di cambiamenti emozionali, fisici e comportamentali. Se uno studente manifesta in modo costante alcuni dei segni o sintomi indicati nelle liste sottostanti, è bene indagare la situazione in modo più approfondito, cercando un contatto con gli specialisti.

LIVELLO EMOZIONALE

- cambiamenti di attitudini e prestazioni;
- espressione di preoccupazioni e/o lamentele sulla propria immagine corporea: lamentele di un eccesso di peso malgrado il fisico sia normale o magro; incapacità di accettare complimenti; stato mentale influenzato da pensieri sull'apparenza fisica; bassa autostima; descriversi come grassi, disgustosi o brutti; sovrastima delle misure del proprio corpo; sforzi per ottenere un aspetto fisico perfetto; ricerche costanti di rassicurazioni esterne sull'aspetto fisico;
- pensieri rigidi od ossessivi sul cibo, sull'alimentazione e sull'esercizio fisico: etichettare il cibo in buono/cattivo; disagio o rifiuto nel condividere il cibo; rigidità nel seguire una dieta senza una ragione specifica
- stati di tristezza/depressione/ansia/vergogna/imbarazzo/mancanza di valore;
- perfezionismo in ambito scolastico, nell'alimentazione, nella vita sociale ecc.;
- trascorrere molto tempo in solitudine o rifiutare le amicizie;
- sopravvalutazione della propria autosufficienza o riluttanza nel chiedere aiuto;
- incapacità o rifiuto di ammettere determinati cambiamenti.

LIVELLO FISICO

- oscillazioni di peso repentine;
- lamentele per dolore addominale;
- percezione di essere pieni o gonfi;
- percezione di svenire, sentire freddo o sentirsi stanchi;
- contorno occhi scuro o occhi arrossati/con capillari rotti;
- calli sulle nocche (causati dall'autoinduzione del vomito);
- capelli e pelle secchi, disidratazione, mani e piedi bluastri;
- lanugo (peluria sottile).

LIVELLO COMPORTAMENTALE

- alimentazione rigida o disordinata; fingere di assumere cibo per poi disfarsene; saltare i pasti;
- creazione e osservazione di regole di dieta rigide, senza ragioni mediche o religiose;
- esercizio fisico prolungato nel tempo e con modalità compulsiva (allenamento tutti i giorni con l'impossibilità di evitarlo);

- costante riferimento al cibo nei dialoghi; nascondere il cibo; rifiuto di mangiare cibo preparato da altri o in mancanza di informazioni sugli ingredienti;
- difficoltà nello stare seduti: girovagare attorno alla sedia invece che sedersi, scuotere continuamente le gambe, offrirsi per effettuare commissioni per non stare fermi;
- andare frequentemente al bagno;
- fare una lista di alimenti e di calorie assunte;
- vestire abiti ampi per: nascondere un corpo molto magro (anoressia), un accumulo di peso (*binge eating*) o un corpo normale perché condizionati dalle preoccupazioni sulla propria taglia o forma fisica;
- evitare la mensa scolastica, preferendo mangiare da soli o mentre si lavora;
- comportamenti compulsivi: lavaggio delle mani compulsivo, conservazione del cibo, movimenti ed eloquio ripetitivi, bisogno di continue rassicurazioni;
- negazione delle difficoltà con il cibo o con la forma fisica.

CHI SOFFRE DI DISTURBI ALIMENTARI¹

La situazione epidemiologica nazionale conferma come sia l'anoressia nervosa che la bulimia nervosa siano un problema di salute pubblica di notevole interesse (Donini e altri, 2017).

Bevere e colleghi (Bevere e altri, 2013), in un lavoro di revisione della letteratura scientifica in ambito epidemiologico, evidenziano che l'incidenza (numero di nuovi casi di malattia, in una popolazione, in un determinato periodo di tempo) dell'**anoressia nervosa** è stimata in almeno **8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno** per il sesso femminile e fra lo 0,02 e 1,4 nuovi casi per il sesso maschile.

Nell'arco temporale di un anno, l'incidenza della **bulimia nervosa** è stimata in almeno **12 nuovi casi per 100.000** persone per il genere femminile e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone per il genere maschile.

Altro dato rilevante è quello della prevalenza *life-time* (ossia la percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita): nella

popolazione con età superiore ai 18 anni sono stati stimati tassi di prevalenza *life-time* dello 0,9% per l'anoressia nervosa e dell'1,5% per la bulimia nervosa nelle donne, con tassi negli uomini rispettivamente dello 0,3% e 0,5%.

Se si valuta invece la popolazione femminile tra i 18 ed i 24 anni i tassi sono più elevati con valori di 2% per anoressia e 4,5% per la bulimia.

In Italia, sia per l'anoressia che per la bulimia nervosa la fascia di età di esordio è tra i 15 e i 19 anni, con una tendenza negli ultimi anni ad un esordio sempre più precoce.

Questo aspetto è di notevole interesse per il campo della psicopatologia e fa sì che debbano considerarsi con attenzione i fattori di rischio socio culturali di esposizione della popolazione giovanile, adolescenziale e preadolescenziale nel nostro contesto nazionale.

Molte persone con disturbi alimentari che vengono trattate precocemente e adeguatamente possono raggiungere un pieno recupero a lungo termine.

Rispetto alla terminologia "guarigione" numerosi esperti adottano preferibilmente il termine "remissione" e guardano ai disturbi come a condizioni croniche che possono però essere gestite efficacemente per il raggiungimento di un'estinzione completa di segni e sintomi. Tuttavia, il paziente viene considerato comunque a rischio di ricadute future.

I pazienti stessi, durante la fase di recupero, sostengono che il termine "*recovery*" sia più accurato nel descrivere la loro condizione, caratterizzata da un continuo monitoraggio della propria relazione con l'alimentazione, con l'aspetto corporeo e qualsiasi altro stato mentale concomitante, come ad esempio la depressione.

Le manifestazioni dei disturbi alimentari possono avere significati specifici e peculiari per ogni individuo che ne soffre. Per questo, la remissione completa del disturbo spesso richiede un percorso complesso di risignificazione di sé e delle proprie esperienze

Spesso chi soffre di questi disturbi inizialmente non viene capito.

A causa di false credenze diffuse, **la maggior parte delle persone pensa che per risolvere il disturbo sia sufficiente un minimo di buona volontà.**

Vediamo alcune di queste credenze:

1. I DISTURBI ALIMENTARI SONO UNA SCELTA...

In realtà, i disturbi alimentari sono condizioni mediche e psichiatriche che i pazienti non scelgono di avere e che non sono causate dai genitori.

Decenni di ricerca genetica hanno evidenziato che i disturbi alimentari hanno una componente genetica e che frequentemente si presentano in concomitanza con altri disturbi psichiatrici come la depressione, il disturbo d'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo. **Dire all'individuo di smetterla potrebbe solamente alzare il muro di difesa, mentre cercare di capire i significati sottostanti ai suoi comportamenti può costruire dei canali di comunicazione importanti** ai fini del trattamento e del miglioramento delle condizioni di vita della persona.

2. I DISTURBI NON SONO UNA TRAGEDIA...

I disturbi alimentari sono caratterizzati dal tasso più alto di mortalità tra le malattie psichiatriche.

Più del 20% degli individui con anoressia nervosa muore a causa della propria patologia. Tra le cause di morte delle persone che soffrono di disturbi alimentari il suicidio è la più comune. Altre cause comprendono le complicanze mediche dovute alle abbuffate, alle condotte di eliminazione, a quelle di restrizione e all'esercizio fisico eccessivo.

3. L'ANORESSIA È IL DISTURBO ALIMENTARE PIÙ GRAVE...

NO! In riferimento ai tassi di mortalità nei disturbi alimentari, i ricercatori hanno rilevato che chi è affetto da bulimia può avere dei rischi paragonabili a quelli di chi soffre di anoressia nervosa. Soggetti che assumono lassativi o diuretici o si inducono il vomito sono maggiormente a rischio di morte a causa di un scompenso cardiaco o

di uno squilibrio degli elettroliti. L'esercizio fisico eccessivo può a sua volta aumentare il rischio di morte per chi soffre di bulimia. Le conseguenze sociali e psicologiche di tutti i disturbi alimentari, compresi l'isolamento, lo stigma e la vergogna, possono essere estremamente condizionanti la salute mentale e il benessere sociale di chi ne soffre.

4. SE LA PERSONA NON È EMACIATA, SIGNIFICA CHE NON STA MALE....

NO! Non si può diagnosticare un disturbo alimentare semplicemente guardando il corpo della persona.

Sebbene i disturbi alimentari siano solitamente rappresentati dai media per mezzo di persone emaciate, ciò non corrisponde alla realtà, in quanto **la maggioranza di chi soffre di disturbi alimentari non è sottopeso.** Questi preconcetti possono contribuire a ritardare il trattamento dei disturbi alimentari anche per molti anni e causano stress in chi ne soffre, talvolta fino allo sviluppo della convinzione di non essere sufficientemente magro/a per meritare un trattamento.

5. I COMPORTAMENTI INDOTTI DAI DISTURBI ALIMENTARI SONO FOCALIZZATI SOLAMENTE SUL CIBO...

Le ricerche scientifiche hanno dimostrato come ci sia una relazione tra disturbi alimentari, perfezionismo e tendenza alle ossessioni, che possono condurre allo sviluppo di ideazione e comportamenti ossessivi anche sulle prestazioni scolastiche e sportive. Inoltre è stato evidenziato che la malnutrizione dovuta ad un disturbo alimentare incrementa lo stato depressivo e ansioso, condizionando tutti gli aspetti della vita dell'individuo.

6. I MASCHI NON SOFFRONO DI DCA...

Una metanalisi del 2017¹, che ha preso in considerazione 54 studi del decennio precedente, sostiene che un quarto dei preadolescenti che soffrono di disturbi alimentari siano maschi, con un aumento durante l'adolescenza. Il *binge eating* è la diagnosi più comune tra i ragazzi maschi, con una prevalenza del 2% circa, rispetto al 3,5% delle femmine.

¹ Mancini e altri. (2017). I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei maschi: una panoramica sulle ricerche nel periodo 2007-2017

Non è ancora chiaro però se l'incidenza di disturbi alimentari sia effettivamente aumentata tra i maschi o se ci siano più maschi che stiano cercando aiuto per ricevere un trattamento. Dal momento che i medici stessi in passato hanno prestato meno attenzione a questo tipo di disturbi tra i pazienti maschi, è possibile che i quadri clinici in alcuni casi si siano cronicizzati e siano diventati più gravi.

1. LA PERDITA DI PESO È IL SINTOMO PRINCIPALE DI UN DISTURBO ALIMENTARE?

Sebbene l'anoressia nervosa e altri disturbi restrittivi dell'alimentazione siano caratterizzati dalla perdita di peso, molte delle persone che soffrono di disturbi alimentari non perdono peso e, anzi, potrebbero guadagnarne a causa della patologia. Ci sono altri aspetti fisici e comportamentali da considerare in un disturbo alimentare.

2. SE LA PERSONA NON È OSSESSIONATA DALLA FORMA DEL CORPO, PUÒ COMUNQUE SOFFRIRE DI UN DISTURBO ALIMENTARE?

Certamente sì, alcune persone sviluppano dei disturbi alimentari senza preoccuparsi del proprio aspetto fisico. I bambini più piccoli, ad esempio, anche se adottano comportamenti alimentari disturbati, manifestano meno preoccupazioni sul peso o sulla forma del corpo.

3. QUANTO DEVO FIDARMI DI COME IL MIO STUDENTE DESCRIVE LA SUA SITUAZIONE?

Talvolta chi soffre di disturbi alimentari non ha piena consapevolezza della gravità della situazione o non è in grado di accettarla e così nega il proprio disagio. Per questo può credere di stare bene quando invece è gravemente malato. In altri casi i pazienti potrebbero insistere sul fatto di stare bene anche quando sono consapevoli che non è così, per la paura del trattamento.

4. I DISTURBI ALIMENTARI POSSONO RISOLVERSI CON L'ETÀ?

Molti individui che soffrono di disturbi alimentari durante l'adolescenza continuano a soffrirne anche durante l'età adulta, fino a che non ricevono un trattamento adeguato.

Un numero sempre crescente di adulti è in trattamento per un disturbo alimentare, sia per una recidiva del disturbo, sia perché non aveva mai ricevuto un trattamento adeguato. È bene incoraggiare a cercare aiuto da professionisti specializzati in questo ambito.

5. LE CONDOTTE DI ELIMINAZIONE RIGUARDANO SOLO IL VOMITO AUTOINDOTTO?

Le condotte di eliminazione includono qualsiasi metodo volto alla eliminazione del cibo dal corpo prima della completa digestione. Queste condotte vengono messe in atto per compensare quella che viene considerata una quantità eccessiva di cibo assunto: il vomito autoindotto è uno dei metodi più utilizzati, ma ne esistono altri, come l'utilizzo di lassativi o clisteri, oppure le cosiddette condotte compensatorie, ad esempio l'uso scorretto di insulina, il digiuno o l'eccessivo esercizio fisico. Ogni metodo ha dei rischi specifici, ma tutti possono mettere a rischio la vita del soggetto a causa degli squilibri elettrolitici che comportano.

6. QUANDO UN MIO STUDENTE/UNA MIA STUDENTESSA CON ANORESSIA RIPRENDE PESO SIGNIFICA CHE STA MEGLIO?

Il peso ed il ripristino dell'alimentazione sono solo i primi passi del recupero dall'anoressia. La malnutrizione può compromettere delle abilità cognitive, tanto che quando una persona che soffre di anoressia torna al proprio peso forma, si può rilevare un coinvolgimento più profondo e significativo nel percorso di psicoterapia. Il lavoro psicologico dovrà occuparsi allora anche dello sviluppo di abilità di riconfigurazione del pensiero, di gestione delle emozioni e dei comportamenti, che prevengano le ricadute nei comportamenti tipici dell'anoressia. Il periodo successivo al recupero ponderale può essere però molto delicato per la comparsa di stati ansiosi correlati ai cambiamenti corporei e al disagio fisico che questi comportano. Inoltre, molte delle persone con disturbi alimentari potranno soffrire più di un disturbo prima del recupero definitivo: circa metà delle pazienti con anoressia svilupperà un disturbo bulimico. Esistono comunque altre transizioni da un quadro clinico ad un altro e questo processo è detto **cross-over diagnostico**.

IMPATTO DEI DISTURBI ALIMENTARI SULLE ABILITÀ COGNITIVE

Consigli specifici per insegnanti, amministratori e staff scolastico

Assistenza agli studenti

Assistenza ad amici e compagni degli studenti con disturbi alimentari

Suggerimenti nella pianificazione educativa di studenti in trattamento

La complessità delle comunicazioni tra i genitori e la scuola

L'importanza della comunicazione

Gli Psicologi scolastici

I disturbi alimentari possono coinvolgere profondamente le abilità di apprendimento di chi ne soffre

La comprensione del modo in cui ciò può accadere permette a docenti ed educatori di riconoscere uno studente a rischio.

Di seguito riportiamo delle indicazioni generali sulle modalità in cui un disturbo alimentare può incidere sul funzionamento cognitivo del ragazzo/a, in relazione alla malnutrizione. Il funzionamento cognitivo può essere influenzato anche dalle problematiche di carattere psicologico che coesistono con i disturbi alimentari.

I comportamenti alimentari errati:

- possono rendere irritabili, causare nausea, emicrania, affaticamento e mancanza di energie;
- possono determinare una diminuzione della concentrazione e dell'attenzione e una difficoltà nell'ascoltare e nell'elaborare le informazioni. Chi soffre di DCA tende infatti a focalizzarsi sui dettagli, faticando a cogliere le informazioni in modo ampio e articolato;
- aumentano il perfezionismo e l'ossessione per i buoni voti;
- possono aumentare l'ansia e la depressione;
- possono rendere meno attivi e più apatici, ritirati e impegnati in poche interazioni sociali;
- possono indebolire il sistema immunitario e rendere più vulnerabili alle malattie;
- aumentano le assenze scolastiche a causa delle fragilità evidenziate.

Nonostante la malnutrizione, le attitudini perfezioniste possono costringere coloro che soffrono di anoressia e bulimia a mantenere una performance scolastica elevata, così uno studente con un disturbo alimentare grave può continuare a prendere voti eccellenti anche durante una fase acuta. **Per gli individui con disturbi alimentari il funzionamento può essere asimmetrico: alcune aree, come il rendimento scolastico, possono essere meno intaccate, mentre altre, come la salute e la socialità, possono risultare ampiamente compromesse.** Per questo, le performance scolastiche non sono un buon parametro di misura della gravità del disturbo alimentare.

La legislazione scolastica italiana non prevede l'istituzione interna di organi di prevenzione, individuazione e gestione dei disturbi psicologici degli studenti e tale attività viene affidata alla figura professionale dello **psicologo**, come consulente esterno o come ruolo interno allo staff scolastico, e al **referente della salute d'Istituto**, che si occupa di organizzare interventi di promozione alla salute per gli studenti e di formazione per i docenti.

Si propongono ora delle strategie, declinabili anche per problematiche psicologiche diverse da quelle alimentari, che possono essere adottate e integrate dai docenti alla normale attività didattica.

Fondamentale è che tali strategie siano condotte in modo univoco e coerente dall'intero Istituto.

Si sottolinea che, anche in caso di un disturbo non certificato, la scuola può proporre alla famiglia di adottare un **Piano Didattico Personalizzato (PDP)** per definire gli interventi che intende mettere in atto nei confronti degli alunni con esigenze didattiche particolari, quali ad esempio gli studenti che soffrono di disturbi alimentari: costoro possono avere la necessità di frequentare la scuola a domicilio oppure la scuola in ospedale.

Di fondamentale importanza nella definizione del PDP sarà **il raccordo con la famiglia e l'equipe curante**, al fine di individuare le misure compensative che maggiormente si attagliano alle difficoltà presenti, tenendo conto che il percorso di *recovery* dei disturbi alimentari presenta varie fasi e che il comportamento dimostrato a scuola dallo studente (che può essere anche molto positivo a causa dei tratti di perfezionismo tipici della malattia), nonché il fatto che sia normopeso, non implicano che la malattia sia in fase di remissione.

Sarebbe auspicabile che **la scuola organizzasse periodicamente dei momenti di aggiornamento per i docenti** sulle tematiche di carattere psicologico che possono

coinvolgere gli studenti, oppure sulle modalità di intervento per i docenti nuovi dell'istituto, allo scopo di fornire un percorso adeguato alle leggi e alle strutture locali e facilitare la comunicazione tra docenti, genitori, studenti e sistema sanitario. In questi aggiornamenti sarebbe importante includere informazioni di base sui segni e i sintomi più comuni del disturbo, scegliere una strategia per comunicare le proprie preoccupazioni agli studenti e ai genitori e dare indicazioni specifiche a docenti, insegnanti ed eventuali allenatori e sarebbe auspicabile condividere delle specifiche linee guida di riferimento da attuare.

Sarebbe importante che la Scuola

- **dotasse lo staff di checklist sui segni e sintomi fisici, sociali, comportamentali e psicologici tipici di un disturbo alimentare;**
- **fosse preparata a fornire risposte adeguate** a familiari o studenti che chiedano informazioni sulle risorse territoriali o su specialisti del disturbo;
- **prendesse in considerazione gli aspetti legati al fisico** e alla forma corporea, spesso bersagli di comportamenti bullizzanti, **promuovendo attività contro le molestie e le discriminazioni, sottolineando le conseguenze di tali azioni;**
- **lavorasse in modo che il peso e l'IMC** (indice di massa corporea) degli studenti **venissero eliminati dalle misurazioni/comunicazioni** durante le lezioni di educazione fisica o altre lezioni scolastiche;
- **offrisse un programma di informazione e promozione all'alimentazione sana per gli studenti, invitando esperti a parlare dell'argomento** e mettendo a disposizione, ad esempio tramite locandine e il sito internet scolastico, i contatti delle strutture di cura di riferimento sul territorio;
- **si assicurasse che tutti gli studenti siano incoraggiati a partecipare alle attività extra scolastiche**, come le squadre sportive, le rappresentanze studentesche, i gruppi teatrali ecc. e che non vengano scelti per determinati ruoli teatrali **secondo stereotipi legati alla magrezza o a un determinato aspetto fisico.**

ASSISTENZA AGLI STUDENTI

L'intervento di assistenza vero e proprio è di carattere multidisciplinare ed è guidato dagli specialisti in disturbi alimentari a livello medico, psichiatrico e psicologico, ma **nel rapporto con lo studente è fondamentale che i docenti adottino determinati comportamenti che favoriscano la comunicazione e la buona riuscita del percorso terapeutico**. Viceversa, saranno da evitare comportamenti che possono diventare fattori di mantenimento del disturbo.

- Se uno studente esprime un problema personale, bisogna innanzitutto **considerare il contesto** in cui ciò avviene. Se, ad esempio, accade durante una lezione o comunque in presenza di altri, è meglio adottare un'interruzione protettiva (es. "Grazie per aver condiviso il tuo pensiero con noi...Mi piacerebbe proseguire questa conversazione con te dopo la lezione").
- Bisogna prestare attenzione al fatto che se uno studente ha scelto di condividere aspetti molto personali con un particolare insegnante o membro dello staff scolastico, lo ha fatto per una precisa ragione. **È bene valorizzare lo studente per essersi aperto relativamente a un aspetto personale così difficile**.
- È possibile condividere con lo studente la decisione su come procedere nella comunicazione con i genitori e gli eventuali specialisti. **Se il ragazzo/a ha il desiderio di mantenere il proprio disagio segreto, è bene fare capire che, in quanto docente, in tal modo non fareste il suo bene, che è il vostro unico obiettivo**.
- Contattare i genitori o i tutori degli studenti per garantire un monitoraggio medico e psicologico adeguato.
- Bisogna essere consapevoli che quello che lo studente ha scelto di esprimere può non essere completo e che la situazione può rivelarsi più grave di quel che sembra.

ASSISTENZA AD AMICI E COMPAGNI DELLO STUDENTE CON DISTURBI ALIMENTARI

Quando si supportano i compagni di classe dello studente è bene:

- **proteggere la confidenzialità e la privacy**, fornendo informazioni generiche sulle modalità d'aiuto nei confronti di qualcuno che soffre di disturbi alimentari.

- **Ricordare agli amici che non sono responsabili del disturbo del loro amico/a**, né della possibilità di una guarigione.

- Incoraggiare gli amici a continuare le solite attività con la persona che sta soffrendo di disturbi alimentari.
- Prestare attenzione alle reazioni dei compagni di classe rispetto alle manifestazioni del disturbo dello studente. Ad esempio si possono fornire nozioni sul disturbo selezionate e adatte all'età (vedi "**Breve guida per genitori, partner, familiari e amici sui disturbi del comportamento alimentare**" pubblicata sul sito: www.associazione-midori.it).
- Invitare a non parlare di cibo, di peso corporeo e di aspetto fisico (per quanto possibile) con il proprio amico/a in quanto, da inesperti, si potrebbe incappare nel rischio di non risolvere il problema, ma di rinforzare la malattia.
- Supportare amici e compagni di classe a parlare delle loro preoccupazioni con un docente o con un adulto
 - delle emozioni che stanno provando,
 - di come gestire i cambiamenti presentati dall'amico/a (come l'incremento dell'agitazione o l'isolamento sociale);
 - di come supportare se stessi (prendersi del tempo, dedicarsi alle proprie passioni ecc.);
 - di come creare un'atmosfera positiva per il gruppo/classe (ampliare il ventaglio di attività, variare i luoghi di aggregazione e gli orari)

Gli amici dello studente con un disturbo alimentare possono essere di grande aiuto: grazie all'apprendimento delle informazioni di base sui disturbi alimentari, possono sostenere ed incoraggiare l'amico a dare un valore positivo al proprio corpo.

Il recupero da un disturbo alimentare è un processo a lungo termine.

Gli studenti possono perdere un gran quantitativo di ore scolastiche a causa del trattamento e dei continui appuntamenti con i medici.

Di seguito vengono riportati alcuni suggerimenti per aiutare gli studenti durante e dopo il trattamento.

- **Collaborazione tra il team terapeutico e la scuola** per assicurare che nel ritorno in classe i bisogni medici, psicologici e scolastici dello studente vengano tutti considerati (es. psicoterapia di supporto, monitoraggio medico, esonero dalle lezioni di scienze motorie, pasto assistito, comunicazioni costanti tra il team terapeutico e la famiglia);
- **Consapevolezza degli effetti dei disturbi alimentari sulle abilità cognitive**, in modo da mantenere aspettative realistiche.
- **Flessibilità nel bilanciare il carico lavorativo**, le scadenze e gli obiettivi di apprendimento, considerando i bisogni medici, psicologici, scolastici e di sviluppo.
- **Attenzione e cautela nelle decisioni** che potrebbero essere potenzialmente stressanti o impattanti nei confronti dello studente (per esempio, nell'eventuale discussione di far ripetere l'anno scolastico).
- **Massimo impegno per minimizzare l'impatto a lungo termine dei disturbi alimentari sulla carriera scolastica** dello studente.
- **Promozione e valorizzazione del supporto extra-scolastico**, soprattutto dopo una lunga assenza;

- **Collaborazione con lo studente e i genitori** per reintegrare progressivamente ed in modo adeguato il ragazzo/a alla frequenza a tempo pieno;
- **Piena accettazione** dell'eventuale necessità **di assentarsi dalla scuola** per visite mediche o sedute terapeutiche;
- **Astenersi dal discutere di cibo, peso corporeo, esercizio fisico e regime dietetico** durante la lezione;
- **Creazione di un ambiente scolastico salutare** (es. tolleranza zero per atti di bullismo a causa dell'aspetto fisico, dedicare un tempo adeguato alla pausa pranzo, eliminare la rilevazione/comunicazione del peso corporeo durante le lezioni).

LA COMPLESSITÀ DELLA COMUNICAZIONE TRA I GENITORI E LA SCUOLA

Le informazioni di questa sezione intendono aiutare sia i genitori che i docenti e lo staff scolastico nella comprensione della prospettiva altrui, nella comunicazione e nell'identificazione di quali elementi possono danneggiare i colloqui.

I genitori di ragazzi/e con disturbi alimentari (con diagnosi accertata o meno) spesso affermano di essere frustrati nei riguardi delle mancanze comunicative da parte di insegnanti, allenatori, psicologi della scuola e degli altri membri dello staff scolastico relativamente al comportamento del proprio figlio/a.

Da parte degli insegnanti, invece, alcune volte i disturbi alimentari vengono descritti come difficili da individuare; si pensa di non avere gli strumenti adatti per farvi fronte e si ritiene di doversi basare unicamente sul comportamento dello studente a scuola e sul suo rendimento (spesso elevato a causa del perfezionismo che contraddistingue la patologia).

Nonostante possa capitare che alcuni genitori richiedano all'insegnante di non parlare di certi temi con il figlio/a e alcuni studenti chiedano che non vengano contattati i propri genitori, bisogna sempre considerare che i disturbi alimentari possono avere conseguenze molto gravi, quindi **sia i genitori che i docenti devono avere come obiettivo primario lo stato di salute globale dello studente.**

La famiglia, gli amici, lo staff scolastico e gli allenatori sono spesso preoccupati di dire qualcosa di sbagliato e peggiorare il disturbo alimentare.

D'altro canto, se è difficile dire qualcosa che possa migliorare il disturbo alimentare, allo stesso modo è difficile anche dire qualcosa che lo peggiori. **Rimanere indifferenti costituisce un rischio maggiore.**

Si tenga conto, per esempio, che **un intervento pacato ed equilibrato da parte di un docente o di un membro dello staff scolastico potrebbe essere utile per riconoscere in fase iniziale i segnali di un eventuale disturbo alimentare in uno studente.**

Quando si sospetta o si è certi che uno dei propri alunni abbia un disturbo alimentare, i **compagni di classe possono avere diverse reazioni.** Spesso le voci si sviluppano in modo da isolare la persona che sta manifestando il disturbo, rinforzando lo stigma della malattia mentale, e ciò può ostacolare chi in quel momento si sta sforzando di cercare aiuto e supporto.

Le maldicenze possono costituire una forma di bullismo

Alcune delle strategie consigliate in queste situazioni possono essere:

- valutare in modo equilibrato il significato profondo delle dicerie, in quanto possono essere un modo dei compagni di classe per manifestare sentimenti di disagio e di paura, che possono essere gestiti tramite **l'ascolto attivo e una corretta informazione** relativamente al disturbo alimentare;
- demistificare la patologia, che spesso è ancora considerata come qualcosa di scandaloso o misterioso. È bene fornire informazioni accurate e appropriate all'età degli interlocutori, in modo da focalizzarsi sui diversi aspetti della malattia, (non solo sulle conseguenze estreme a livello fisico);

- lavorare in modo separato con gli studenti che hanno istigato e/o stanno perpetuando le dicerie: è bene trattare con loro il tema della confidenzialità e del suo valore. È importante, ad esempio, promuovere l'idea che le informazioni mediche siano private. Bisogna fare attenzione a non identificare tali studenti come gli "istigatori", incoraggiandoli piuttosto a sviluppare un senso di responsabilità condivisa.

Prima di approcciare la famiglia è consigliabile

- che i docenti si confrontino a livello di team/consiglio di classe per avere un quadro più completo dei ragazzi che manifestano un disagio;
- considerare le dinamiche familiari e qualsiasi questione culturale e sociale collegata, che può rendere difficile ai genitori trattare certi temi;
- essere preparati alle eventuali resistenze dello studente nel parlare con la propria famiglia, per questo può essere utile rassicurarlo/a dicendo che l'unico obiettivo è la sua salute e che sarebbe un errore, come insegnanti, non intervenire;

Non è raro che i genitori/tutori stessi respingano l'idea che il ragazzo/a abbia una psicopatologia.

Se i genitori/tutori non accettano un aiuto dalla scuola, ma lo studente sì, è possibile chiedergli/le privatamente che tipo di supporto può essere adeguato durante l'orario scolastico (es. un'area tranquilla in cui consumare i pasti, qualcuno con cui parlare ecc.).

Per valorizzare la conversazione con i genitori /o tutori è possibile

- mostrare empatia e supporto; ascoltare che cosa i genitori/tutori hanno da dire senza interrompere, giudicare e fare dichiarazioni o promesse;
- cercare di stabilire un **rapporto positivo, disponibile e supportivo con i genitori** (i genitori possono sentirsi in colpa, in torto e responsabili del disturbo alimentare del figlio/a);
- fornire delle osservazioni esemplificative e reali sul comportamento del ragazzo/a come fondamento delle proprie preoccupazioni, senza interpretazioni personali sul possibile significato dei comportamenti, ma riportando i fatti come sono accaduti.

L'IMPORTANZA
DELLA COMUNICAZIONE

- **non azzardare né suggerire una diagnosi;**
- mantenere la calma e stare concentrati sull'obiettivo della comunicazione: aiutare i genitori e lo studente nelle sue difficoltà;
- **Incoraggiare i genitori ad usufruire del supporto offerto dalle associazioni e dai professionisti dei centri di cura specializzati.**

Se la conversazione diventa difficile:

- Rassicurare i genitori/tutori offrendo disponibilità per parlare dell'argomento in qualsiasi altro momento,
- incoraggiarli a confrontarsi con qualcun altro, **specificando quali saranno le persone di riferimento all'interno dell'istituto:** ad esempio un altro insegnante, o lo psicologo scolastico, in modo che abbiano l'opportunità di costruire delle relazioni di supporto con i membri dello staff scolastico,
- sottolineare più volte che la scuola è preoccupata per il loro figlio/a **chiarendo il supporto e i servizi che la stessa può offrire** oltre alle importanti informazioni su come è meglio procedere. Ciò può innestare un senso di fiducia e sicurezza.
- Informare i genitori/tutori dei doveri che spettano alla scuola nei termini di tutela dei propri studenti e delle eventuali linee guida specifiche dell'istituto.

Altri suggerimenti

- Accompagnare i colloqui orali con un riassunto scritto della conversazione, in modo da poterlo inviare ai genitori/tutori, permettendo un accordo comune e per meglio seguire la linea di condotta prestabilita;
- Concentrarsi sulla salute generale dello studente, invece che solo sulle preoccupazioni legate al disturbo alimentare in sé, se il tema appare delicato;

GLI PSICOLOGI SCOLASTICI

- **Condividere con i genitori/tutori sul percorso** da seguire successivamente. A livello nazionale, la figura professionale dello psicologo scolastico non è tuttora normata in modo chiaro e definito. Tra i documenti più rilevanti in questo contesto ricordiamo il Patto di Intesa tra MIUR e CNOP¹, aggiornato al 2018, che delinea i campi d'azione ed i criteri di intervento della figura dello psicologo all'interno delle strutture scolastiche. A livello internazionale, il documento di riferimento della *National Association of School Psychologists*² offre delle indicazioni operative molto precise ed esaustive, a cui è possibile attingere nella pratica professionale. Dal Codice Deontologico (art. 11, 12 e 13) si ricava che anche nell'attività professionale svolta all'interno dell'ambito scolastico, gli Psicologi sono obbligati al mantenimento del segreto professionale e possono operare solamente previo Consenso Informato. Nel caso di pazienti minorenni, il Consenso Informato deve essere firmato dai genitori o da chi esercita la potestà genitoriale.

Dalle fonti attualmente consultabili è possibile rilevare delle **indicazioni operative su come lo psicologo scolastico può posizionarsi** all'interno di uno staff scolastico e nel rapporto con genitori/tutori e studenti.

Nella declinazione di queste linee guida per l'ambito dei disturbi alimentari,

lo Psicologo scolastico può:

- **Avviare attività di educazione e informazione dedicate al corpo docente, ai genitori e agli studenti** sul tema dei disturbi alimentari, al fine di prevenire lo sviluppo di forme di disagio.
- Rafforzare la propria figura all'interno dell'Istituto scolastico per mezzo di interventi e attività al fine di **proporsi come punto di riferimento** a cui attingere negli eventuali periodi di difficoltà o di rischio di sviluppo di disagio psicologico.
- **Sapere come approcciarsi** a soggetti a rischio di sviluppo o ai primi stadi di un disturbo alimentare.

¹ Cnop. Miur (2018). Patto d'intesa, Promuovere benessere a scuola

² National Association of School Psychologists (2000) Manuale di condotta professionale

- **Comunicare** le preoccupazioni di carattere medico e psicologico ai genitori/tutori.
- **Essere al corrente delle risorse locali** in termini di trattamento e supporto alle famiglie e aggiornare sulle migliori pratiche di sostegno sia la famiglia che il ragazzo/a durante il periodo di recupero;
- **Conoscere le conseguenze mediche** associate ai disturbi alimentari;
- **Offrire supporto allo studente al ritorno nel contesto scolastico.**
- **Essere il punto di riferimento scolastico sia per l'equipe medica, sia per lo studente o la studentessa** nella gestione delle sovrapposizioni e dei conflitti tra i programmi medici e quelli scolastici.
- Mettere a disposizione dello studente tecniche di rilassamento, luoghi appartati per consumare i pasti, strategie di *problem solving* a breve termine focalizzate sulle tematiche scolastiche, offrire un ascolto supportivo e riflessivo;
- **Fungere da consulente per l'Istituto scolastico**, l'amministrazione e lo staff.

Per gli studenti in fase di recupero, **è bene che lo Psicologo lavori insieme all'equipe medica in modo da assicurare che il programma di reinserimento** tenga in considerazione le esigenze mediche, psicologiche e accademiche; perché durante il rientro a scuola, lo studente/la studentessa potrebbe necessitare di:

- supporto e ascolto,
- assistenza al pasto;
- monitoraggio medico, dialogo con l'equipe medica e con la famiglia.
- esonero dalle lezioni di scienze motorie e attività alternative;
- riduzione del carico lavorativo, scadenze prolungate per l'esecuzione dei compiti o verifiche, di *tutoring* tra pari, di accesso agli appunti delle lezioni delle giornate di assenza e, se necessario, di disponibilità di luoghi tranquilli in cui studiare.

CONSIGLI PER INSEGNANTI DI SCIENZE MOTORIE ED ALLENATORI SPORTIVI

Fattori personali che possono determinare un rischio per l'atleta
Aspetti peculiari delle atlete

In Italia nel 2017 è stato pubblicato un **Quaderno del Ministero della Salute**¹, documento ampio e molto utile a livello operativo, dotato di un'appendice focalizzata sull'ambito sportivo dei disturbi dell'alimentazione.

L'alimentazione disturbata e i disturbi alimentari conclamati sono frequenti tra gli atleti.

Sebbene la maggior parte degli atleti che soffrono di disturbi alimentari siano femmine, anche i maschi possono essere a rischio, soprattutto coloro che praticano sport che enfatizzano la dieta, l'aspetto fisico, le misure e il peso corporeo.

I benefici nel praticare uno sport sono noti. Le competizioni sportive, tuttavia, possono comportare importanti stress fisici e psicologici. Quando la pressione di una competizione sportiva si aggiunge agli standard sociali di magrezza e di una determinata forma fisica, il rischio di sviluppare disturbi alimentari aumenta notevolmente tra gli atleti.

Se l'incremento dei disturbi alimentari in ambiti sportivi come quelli della ginnastica, della corsa, del nuoto, del tuffo, della danza, del canottaggio, del *bodybuilding* e del *wrestling* deriva dalla richiesta posta agli atleti di mantenere un certo peso o forma fisica per poter continuare a gareggiare, in realtà **il rischio di sviluppo di un disturbo alimentare appartiene a tutti gli atleti di qualsiasi tipo di sport**. Nessuno ne è immune.

Suggerimenti ed esempi di situazioni frequenti:

- **UNA PERSONA CHE SI ALLENA TRE O QUATTRO ORE AL GIORNO, È DA CONSIDERARSI COME UN POSSIBILE CASO DI DISTURBO ALIMENTARE?**

Potrebbe essere. Se la persona non si sta allenando per un evento sportivo importante e **la compulsione è guidata dal desiderio di perdere peso** (nonostante questo sia normale per gli standard sanitari) **o dal senso di colpa dovuto ad un'eventuale abbuffata**, allora l'estremizzazione dell'esercizio fisico può essere una delle componenti del disturbo alimentare. Anche in questo caso si può suggerire alla persona di contattare le strutture di riferimento locali indicate alla fine della guida.

¹ Ministero della Salute (2017). Quaderni del Ministero della Salute. Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2636_allegato.pdf

- **COME SI POSSONO VERIFICARE ED ESCLUDERE CHE I CAMBIAMENTI NEL PESO, NELLE ABITUDINI ALIMENTARI, NELL'ESERCIZIO FISICO DI UN/UNA ATLETA, SIANO UN DISTURBO ALIMENTARE?**

Solo un medico può diagnosticare un disturbo alimentare; ciò che si può fare è **offrire delle informazioni sulle risorse del territorio che potrebbero aiutare l'atleta**. Ricordiamo comunque che l'interlocutore potrebbe interpretare l'intervento come una critica, pertanto è necessario un approccio tranquillo e graduale.

- **UN GRUPPO DI ATLETI STA SEGUENDO UNA DIETA INSIEME. COME AGIRE?**

Vedere un/una atleta sviluppare un problema alimentare può talvolta indurre altri atleti a sentirsi confusi, preoccupati o pieni di dubbi su se stessi. Potrebbero così iniziare ad interrogarsi sul valore conferito alla magrezza, all'alimentazione cosiddetta "salutare" e all'aspetto fisico. A volte gli atleti possono imitare il comportamento dei loro compagni di squadra. È opportuno parlare singolarmente con gli atleti della squadra per sentire le motivazioni di ognuno e, in caso di sospetto, invitarli a contattare le strutture di riferimento territoriale per trovare informazioni e supporto.

FATTORI PERSONALI CHE POSSONO DETERMINARE UN RISCHIO PER L'ATLETA

- **Falsa credenza che un peso corporeo inferiore possa migliorare le performance sportive.** Un'alimentazione insufficiente, infatti, può comportare un'importante perdita di massa muscolare, che può danneggiare la prestazione.
- **Squilibrio tra l'apporto energetico di ingresso e di uscita legato alla perdita di peso;** questo è un rischio rilevato soprattutto per gli atleti che consumano molto durante gli allenamenti, come ad esempio la corsa di resistenza.

- Storia familiare di disturbi alimentari, di consumo di sostanze o altri disturbi psicologici.
- Personalità ansiosa e perfezionista.

ASPETTI PECULIARI DELLE ATLETE

- **Rapporti con allenatori focalizzati solamente sul successo e la prestazione, anziché sull'atleta come Persona.**
- Ansia da prestazione e paura del fallimento.
- Influenze sociali, anche da parte di familiari e dai pari, sulle abilità atletiche e sulla performance.

La **Triade dell'Atleta Femmina**, un termine coniato nel 1993 dall'Università di Medicina Sportiva americana, si riferisce ad una sindrome che colpisce solitamente le atlete.

Prevede un'interazione fra 3 sintomi che sono quello dell'**alimentazione disturbata** con l'**irregolarità mestruale** e la **diminuzione di densità minerale ossea**.

Sebbene la prevalenza esatta del disturbo sia sconosciuta, secondo il *Clinical Journal of Sports Medicine*, circa tre quarti delle atlete presentano almeno uno dei segni della triade.

- L'**IRREGOLARITÀ MESTRUALE** non è facilmente identificabile dall'allenatore, ma **è importante far sapere alle atlete che l'interruzione del ciclo mestruale è un segnale anomalo** e che in questo caso dovrebbero confrontarsi con uno specialista senza timore.

La sospensione del ciclo mestruale nelle atlete non è sempre un indice della Triade, perciò è bene che l'atleta venga valutata da un medico per escludere altre cause mediche che possono determinare l'amenorrea (es. sindrome dell'ovaio policistico, tumore ipofisario).

- La **DIMINUZIONE DI DENSITÀ MINERALE** ossea, più comunemente chiamata osteoporosi nelle donne in menopausa, **può manifestarsi sotto forma di fratture da stress** o di fratture vere e proprie, per esempio di un osso lungo, come la tibia o il perone, o come effetto di una frattura da compressione della spina dorsale. Alcune fratture

da stress, come le fratture da stress lombari e femorali, sono altamente correlate all'alimentazione disturbata. Le fratture sono spesso indice di osteopenia o osteoporosi.

Questi aspetti sono di interesse medico e, se coesistenti, possono comportare delle complicanze serie, se non letali. Qualsiasi atleta femmina può sviluppare la Triade, ma le ragazze adolescenti sono esposte a un rischio maggiore a causa dei cambiamenti biologici e dell'accelerazione della crescita, delle pressioni sociali dei pari e dei cambiamenti psicologici repentini tipici dell'adolescenza.

Diagnosticare la Triade è estremamente complesso, soprattutto perché gli effetti non sono sempre evidenti agli esterni.

Per questo, una buona occasione **in cui porre attenzione ai segni e ai sintomi è la visita medica sportiva di idoneità annuale**.

Un anomalo decremento di peso corporeo, l'esercizio fisico ossessivo e l'attenzione immotivata all'alimentazione devono essere considerati indici di allarme e possono richiedere un approfondimento diagnostico e, talvolta, la somministrazione di test allo scopo di valutare il rischio di sviluppare un disturbo alimentare.

Qualora un'atleta manifestasse una o più componenti della Triade, deve essere visitata per scoprire la presenza di segni indicativi di un potenziale disturbo dell'alimentazione, come l'IMC, indici di malnutrizione o di vomito autoindotto.

- Accorgimenti:**
- Il miglioramento della disponibilità energetica può determinare un miglioramento dei problemi mestruali e della densità minerale ossea: la sospensione dell'allenamento, infatti, spesso è un periodo di riequilibrio fisico delle atlete. Le atlete raramente sono disposte ad interrompere l'esercizio fisico e per questo spesso è **necessario attuare un piano d'intervento che permetta di aumentare l'energia introdotta e di ridurre quella in uscita inserendo, ad esempio, un giorno di riposo** aggiuntivo nel programma di allenamento. Diversi studi hanno valutato la terapia con contraccettivi orali o con estrogeni, evidenziando un recupero della densità minerale ossea, sebbene non sufficiente rispetto ai controlli confrontati per età.

Dal punto di vista psicologico, inoltre, la terapia con contraccettivi orali comporta un falso senso di sicurezza: la ripresa del flusso mestruale, infatti, non indica che l'atleta abbia recuperato il proprio deficit nutrizionale, dato che il trattamento maschera l'amenorrea e l'eventuale psicopatologia sottostante.

- Nel caso in cui sia accertata la presenza di un'alimentazione disturbata, **l'atleta dovrebbe avere come riferimento uno specialista della nutrizione** (medico e/o dietista) che faccia una valutazione nutrizionale, una pianificazione dei pasti e un intervento educativo.
- I criteri affinché l'atleta possa mantenere un allenamento dovrebbero includere **la buona compliance dell'atleta al piano nutrizionale**, il raggiungimento e il mantenimento dei criteri fisici stabiliti (es. IMC, peso corporeo, massa grassa), un'alimentazione sufficiente ed equilibrata.
- L'idoneità sportiva all'allenamento e alle competizioni dovrebbe essere negata agli atleti fino a quando non abbiano accettato e accolto il piano terapeutico.

È fondamentale che allenatori e familiari siano coinvolti nel piano terapeutico.

Gli allenatori sono i primi a poter monitorare i comportamenti dei loro atleti; va considerato però che possono avere difficoltà a discutere aspetti legati al disturbo dell'alimentazione, sia con l'atleta sia con la famiglia, soprattutto a causa delle possibili loro reazioni causate dai sensi di colpa.

GLOSSARIO

CONTATTI

BIBLIOGRAFIA E RISORSE

AMENORREA Sospensione del ciclo mestruale. Si parla di amenorrea primaria se la ragazza non ha mai avuto il ciclo mestruale e di amenorrea secondaria se invece c'è stata sospensione dopo un periodo di ciclo mestruale regolare. L'amenorrea può essere causata da diverse condizioni patologiche e da traumi psichici.

ANORESSIA NERVOSA (AN) Etichetta diagnostica che individua uno stato patologico determinato da un calo ponderale significativo a causa di condotte eliminatorie o restrittive, da ossessioni sul peso e sulla forma corporea e da una percezione distorta del proprio aspetto fisico.

ANSIA Tra i disturbi d'ansia codificati dal DSM-5 si trovano numerose categorie diagnostiche, tra cui le fobie specifiche, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo di panico, l'agorafobia e il disturbo d'ansia generalizzato. Le diverse etichette diagnostiche sono spesso in sovrapposizione tra loro.

ANTIPSIKOTICI Detti anche neurolettici, sono psicofarmaci impiegati nel trattamento delle diverse forme di psicosi, come, ad esempio, la schizofrenia, i disturbi schizofreniformi, i disturbi deliranti o i disturbi psicotici indotti da sostanze. I principi attivi generalmente adottati sono l'aloiperidolo, la clozapina, l'olanzapina, il risperidone.

BENZODIAZEPINE Psicofarmaci ampiamente utilizzati per il trattamento dell'ansia. Le principali benzodiazepine impiegate in quest'ambito sono il diazepam e il lorazepam.

BULIMIA NERVOSA (BN) Etichetta diagnostica che individua uno stato patologico determinato da un alternarsi di abbuffate e condotte compensatorie, restrittive o eliminatorie, e da ossessioni sul peso e la forma corporea.

COMORBIDITÀ Coesistenza di due condizioni patologiche sovrapposte. Ad esempio ciò che accade frequentemente tra disturbi alimentari, depressione ed ansia.

COMPLIANCE Aderenza al trattamento. Indica il grado in cui un paziente segue le prescrizioni mediche, farmacologiche e non (dietetiche, di regime di vita, esami periodici di monitoraggio ecc.).

CONDOTTE ELIMINATORIE - COMPENSATORIE Serie di comportamenti volti alla diminuzione di peso corporeo o al riequilibrio dopo un'assunzione di cibo considerata eccessiva: assunzione di lassativi o diuretici, induzione di vomito o esercizio fisico eccessivo. Sono manifestazioni tipiche del quadro di anoressia nervosa con sottotipo bulimico e della bulimia nervosa.

CONDOTTE RESTRITTIVE Comportamento di diminuzione drastica dell'assunzione di cibo, allo scopo di abbassare il peso corporeo o porre rimedio ad una precedente assunzione di cibo considerata eccessiva. È quindi una manifestazione tipica sia dell'anoressia nervosa che della bulimia nervosa. Le condotte eliminatorie e restrittive possono essere denominate anche **CONDOTTE COMPENSATORIE**.

DEPRESSIONE Categoria diagnostica inserita tra i disturbi dell'umore all'interno del DSM-5. È caratterizzata soprattutto da sentimenti di autosvalutazione, ritiro sociale, alterazione dei ritmi di sonno-veglia, mancanza di interesse per attività precedentemente gradite.

DISTRESS Componente negativa dello stato di attivazione definito "stress". Comunemente si adotta il termine stress per intendere una condizione di agitazione, pressione o disagio con connotazione negativa, ma tale stato consente anche di poter agire e reagire e viene nominato eustress. L'eustress si distingue così dal distress.

DISTURBI ALIMENTARI I disturbi alimentari consistono in un insieme di etichette diagnostiche che compongono la sezione dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione della quinta versione del DSM, attualmente in uso. Il *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* è il manuale diagnostico maggiormente adottato in ambito psichiatrico e formulato dall'APA (*American Psychiatric Association*), sebbene siano in uso

anche l'ICD nella sua decima edizione e la DC:0-3 R. Le etichette diagnostiche comprese nei disturbi alimentari attualmente sono: pica, ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'alimentazione, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da *binge eating*, oltre a due categorie diagnostiche sottosoglia.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO Nel DSM-5 il disturbo ossessivo-compulsivo costituisce una sezione indipendente. È caratterizzato in particolare dalla presenza di ossessioni, ovvero pensieri o impulsi a carattere ripetitivo, intrusivo e incontrollabile, e di compulsioni, ovvero comportamenti e operazioni mentali ripetitive che esaudiscono solitamente le ossessioni.

IMC, indice di massa corporea, è un parametro medico che, grazie al calcolo del rapporto tra peso corporeo e altezza in metri quadrati, stabilisce i limiti dello stato di salute. Viene calcolato mediante la formula:
 $ICM = \text{peso in kg} / \text{altezza in m}^2$
Se il risultato della formula è compreso tra 18,5 e 24,9 l'individuo si colloca in un *range* di salute, altrimenti può trovarsi in una situazione di sottopeso o sovrappeso, a diversi gradi di gravità.

INIBITORI DEL REUPTAKE (RIASSORBIMENTO) DI DOPAMINA E NORADRENALINA (DNRI) Antidepressivi tra cui ricordiamo il bupropione.

INIBITORI SELETTIVI DEL REUPTAKE DI SEROTONINA (SSRI) Si tratta di psicofarmaci antidepressivi. A questo gruppo appartengono principi attivi come la fluoxetina, la sertralina e la paroxetina. Sono indicati per il trattamento dei disturbi dell'umore e d'ansia.

MALNUTRIZIONE Quando si parla di malnutrizione in riferimento ai disturbi alimentari si intende una condizione squilibrata di assunzione di cibo, in eccesso o in scarsità, nonostante l'accesso ai beni alimentari sia ampio e variegato. Per questo i valori dell'ICM non sono sufficienti alla diagnosi di un disturbo alimentare, ma è necessario

rilevare i fattori culturali e comportamentali concomitanti.

MINDFULNESS Attitudine che si coltiva attraverso una pratica di meditazione volta a portare l'attenzione del soggetto, in maniera non giudicante, verso il momento presente. Alcuni approcci terapeutici hanno integrato sedute di *mindfulness* all'interno dei propri percorsi.

ORTORESSIA Termine comunemente usato per indicare una condizione di ossessione alimentare per cui l'individuo assume unicamente cibi salutari, di coltura biologica o che rispettino determinati livelli di qualità. Non costituisce una categoria diagnostica ufficiale.

PASTO ASSISTITO Intervento terapeutico per cui l'individuo viene accompagnato nella gestione del pranzo, sia nella scelta degli alimenti e delle quantità, sia negli aspetti psicologici.

REUPTAKE termine inglese che significa ricaptazione. Molti dei moderni antidepressivi agiscono bloccando la ricaptazione della noradrenalina o della serotonina e talvolta entrambe.

SOTTOSOGLIA Si dice di una manifestazione patologica che non soddisfa pienamente i criteri di una specifica categoria diagnostica manualizzata o che presenta aspetti di categorie diagnostiche diverse, senza soddisfarne pienamente una.

STABILIZZANTI DELL'UMORE Gruppo di psicofarmaci, cui appartiene il litio carbonato, che trova impiego nel trattamento del disturbo bipolare.

STRATEGIE DI COPING Modalità di gestione dello stress o del disagio di tipo adattivo. Gli individui, infatti, possono apprendere metodi di gestione della tensione che hanno conseguenze peggiori della tensione stessa (es. controllo dell'alimentazione). In questi casi l'intervento psicologico mirerà allo sviluppo di strategie più adattive, ovvero sane ed equilibrate.

CONTATTI

- **ASSOCIAZIONE MIDORI**
via Ponte Garzaro, 48/a - 36078 Valdagno (VI)
Telefono: 347.9634036 - info@associazione-midori.it
- **ASSOCIAZIONE AMICI DI PAOLA MARCADELLA**
Via Vecchia, 10 - 35127 San Zeno di Cassola
Telefono: 329 9794056
info@adco.it
- **ULSS 7 PEDEMONTANA**
Distretto 1 - Ambulatorio Disturbi del Comportamento Alimentare
via Cereria, 14 - 36061 Bassano - Palazzina L
Telefono: 0424 885462 - 0424 885472
Distretto 2 - Ambulatorio Disturbi del Comportamento Alimentare
via De Lellis, 1 - 36015 Schio - Casa della Salute, 1° piano
Telefono: 0445 509690
- **ULSS 8 BERICA**
Centro di riferimento provinciale di Vicenza per i disturbi del comportamento alimentare e del peso
Contrà San Bortolo, 97 - 36100 Vicenza - Area De Giovanni, Piano terra
Telefono: 0444 752456 - e-mail: segreteria.dca@aulss8.veneto.it
- **SIO Scuola In Ospedale** - IC8 Vicenza -
Telefono 0444 752723 - e-mail: scuola.ospedale@aulss8.veneto.it
- **Casa di cura VILLA MARGHERITA**
unità di riabilitazione Psiconutrizionale per i disturbi dell'alimentazione
Via Costacolonna, 6 - 36057 Arcugnano VI
Telefono 0444 1585888 - e-mail: dca@casadicuravillamargherita.it

BIBLIOGRAFIA E RISORSE

- Ministero della Salute, "Mappa dei Servizi per la cura dei DNA"
<http://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=4632&area=salute%20mentale&menu=DNA>
- Ministero della Salute, "Disturbi dell'alimentazione"
<http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=vuoto&tab=1>
- Ministero della Salute. "Quaderni del Ministero della Salute 2017"
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=767
- Istituto Superiore di Sanità, Progetto Ma.Nu.Al
"Mappatura Territoriale dei centri dedicati alla cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" <http://piattaformadisturbialimentari.iss.it>
- Accordo Tra Miur e Ordine degli psicologi. "Promuovere benessere a scuola"
<http://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/12/PI-MIUR-e-CNOP-181218.pdf>
- Rete Regionale dei centri per la cura dei Disturbi del comportamento alimentare
"La cura dei DCA in Veneto"
<https://www.disturbialimentariveneto.it/la-cura-dei-dca-in-veneto>
- Associazione Midori
"Breve guida per genitori, partner, familiari e amici sui disturbi del comportamento alimentare"
https://www.associazione-midori.it/wp-content/uploads/2022/08/Midori-opuscolo-x-scuole.ok_T-1.pdf

Questa sezione fornisce dei recapiti utili ai genitori degli studenti in osservazione, ma è sempre bene che siano i genitori stessi a mettersi in contatto in prima persona. Bisogna tener presente che le risorse sono passibili di continui aggiornamenti.

Le informazioni contenute in questo opuscolo sono di carattere generale, hanno uno scopo informativo e divulgativo e non sostituiscono in alcun modo la diagnosi o l'intervento medico.

Prima edizione AGOSTO 2022



info@coordinamentonazionaledca.it
www.coordinamentonazionaledca.it





MIDORI
ASSOCIAZIONE
CONTRO I DISTURBI ALIMENTARI

www.associazione-midori.it