

# LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE



Linee guida per attuare interventi di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare nelle scuole





---

**Aurora Caporossi**

Founder e presidentessa di Animenta

**Alice Marcon**

Volontaria di Animenta e Pedagogista

**Laura Montanari**

Vicepresidentessa di Animenta, Psicologa clinica e counselor

**Matteo Seminara**

Graphic and Web Designer



---

**Andrea Bonfiglio**

Psicologo e psicodiagnosta, operatore junior del Progetto FoodNet

**Claudio Calzi**

Psicologo e psicodiagnosta, operatore senior del Progetto FoodNet

**Deborah Colson**

Psicologa e psicoterapeuta, fondatrice e Responsabile del Progetto FoodNet

**Rosaria Malafrente**

Psicologa e psicodiagnosta, operatrice senior del Progetto FoodNet

**Teresa Sasseti**

Psicologa e psicodiagnosta, operatrice junior del Progetto FoodNet

# INDICE

● <b><u>PREMESSA</u></b>	p. 8
● <b><u>PRESENTAZIONE</u></b>	p. 9
● <b><u>1. INTRODUZIONE</u></b>	p. 11
1.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare	p. 11
1.2 L'importanza della prevenzione	p. 12
1.3 La prevenzione ai Disturbi del Comportamento Alimentare	p. 14
1.4 I livelli della prevenzione e le specificità della prevenzione dei DCA in scuole di diverso ordine e grado	p. 15
1.5 La scuola come contesto elettivo per la prevenzione	p. 18
● <b><u>2. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE</u></b>	p. 19
2.1 Pianificazione degli interventi	p. 19
2.2 Definizione dei processi integrativi	p. 19
2.3 Conduttori degli interventi nelle scuole	p. 20
2.4 Efficacia dell'intervento	p. 20
2.5 Proposte formative	p. 20
● <b><u>3. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE PRIMARIE</u></b>	p. 21
3.1 Destinatari diretti	p. 21
3.2 Destinatari indiretti	p. 21
3.3 Conduttori	p. 22
3.4 Contesto applicativo	p. 22
3.5 Durata degli interventi	p. 22
3.6 Obiettivi generali	p. 22
3.7 Obiettivi specifici	p. 23
3.8 Metodologia	p. 23
3.9 Strumenti	p. 24
3.10 Modalità di intervento	p. 25
3.10.1 Linguaggio	p. 25
3.10.2 Il rispetto delle tempistiche e la gestione della classe	p. 25

3.10.3	Introduzione degli strumenti	p. 26
3.10.4	Conclusione dell'incontro	p. 26
3.11	Tecniche di gestione del gruppo classe	p. 26
3.12	Incontri di restituzione	p. 26
3.13	Efficacia dell'intervento	p. 27
3.14	Proposte formative	p. 27
<b>● 4.</b>	<b><u>INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO GRADO</u></b>	p. 28
4.1	Destinatari diretti	p. 28
4.2	Destinatari indiretti	p. 28
4.3	Conduttori	p. 30
4.4	Contesto applicativo	p. 30
4.5	Durata degli interventi	p. 31
4.6	Obiettivi generali	p. 31
4.7	Obiettivi specifici	p. 31
4.8	Metodologia	p. 32
4.9	Strumenti	p. 33
4.10	Modalità di intervento	p. 33
4.10.1	Linguaggio	p. 33
4.11	Tecniche di gestione del gruppo classe	p. 35
4.12	Incontri di restituzione	p. 35
4.13	Efficacia dell'intervento	p. 36
4.14	Proposte formative	p. 36
<b>● 5.</b>	<b><u>INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO</u></b>	p. 37
5.1	Destinatari diretti	p. 37
5.2	Destinatari indiretti	p. 37
5.3	Conduttori	p. 39
5.4	Contesto applicativo	p. 40
5.5	Durata degli interventi	p. 41
5.6	Obiettivi generali	p. 41
5.7	Obiettivi specifici	p. 41

5.8 Metodologia	p. 43
5.9 Strumenti	p. 44
5.10 Modalità di intervento	p. 44
5.10.1 Linguaggio	p. 44
5.11 Tecniche di gestione del gruppo classe	p. 46
5.12 Incontri di restituzione	p. 46
5.13 Efficacia dell'intervento	p. 47
5.14 Proposte formative	p. 47
<b>6. <u>INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE UNIVERSITÀ</u></b>	p. 48
6.1 Destinatari diretti	p. 48
6.2 Destinatari indiretti	p. 48
6.3 Conduttori	p. 49
6.4 Durata degli interventi	p. 49
6.5 Contesto applicativo	p. 49
6.6 Obiettivi generali	p. 50
6.7 Obiettivi specifici	p. 50
6.8 Metodologia	p. 51
6.9 Strumenti	p. 52
6.10 Modalità di intervento	p. 52
6.10.1 Linguaggio	p. 52
6.11 Tecniche di gestione del gruppo	p. 54
6.12 Efficacia dell'intervento	p. 54
6.13 Incontri di restituzione	p. 54
6.14 Proposte formative	p. 54
<b>7. <u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u></b>	p. 56



# PREMESSA

Nel presente documento abbiamo scelto di utilizzare la dicitura **Disturbi del Comportamento Alimentare** e il rispettivo acronimo **DCA**.

FoodNet e Animenta sono ben consapevoli che nella più recente versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione – DSM-5-TR (APA, 2022)<sup>1</sup>, i DCA sono stati riuniti sotto la categoria diagnostica **“Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione” (DNA)**, al fine di sottolineare la sempre maggiore diffusione di nuove forme patologiche e la multiformità della patologia stessa. All’interno di tale categoria diagnostica, sono stati così raggruppati i disturbi della nutrizione dell’età evolutiva e dell’età adulta, fornendone una nuova definizione. Con disturbo della nutrizione e dell’alimentazione si fa dunque riferimento a un persistente disturbo dell’alimentazione oppure a comportamenti inerenti l’alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale<sup>2</sup>.

La scelta di utilizzare la dicitura DCA, facendo quindi riferimento al Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quarta Edizione, Text Revision – DSM- IV-TR (APA, 2000)<sup>3</sup>, non intende ignorare la più aggiornata letteratura di riferimento, ma nasce dalla necessità di utilizzare la terminologia più conosciuta e più utilizzata non solo nel linguaggio comune, ma anche dai professionisti che operano nel settore.

Nel dibattito internazionale, è ancora in corso la discussione su quale sia la terminologia più corretta da utilizzare.

A tal proposito, gli studiosi si interrogano se sia più opportuno parlare di “disturbi” o, piuttosto, di “malattie”, alla luce dell’accumulo di dati che ne attestano la gravità e i significativi costi per la sanità nelle diverse nazioni. Alcuni ritengono, infatti, che i disturbi alimentari dovrebbero essere riconosciuti come gravi forme di malattia mentale che meritano riconoscimento e finanziamenti nazionali.

I cambiamenti in queste denominazioni e pratiche garantirebbero parità di accesso alle cure e alle risorse per tutte le forme di gravi malattie mentali<sup>4</sup>.

## RIFERIMENTI

- <sup>1</sup> American Psychiatric Association [APA]. (2022).
- <sup>2</sup> American Psychiatric Association [APA]. (2022).
- <sup>3</sup> American Psychiatric Association [APA]. (2000).
- <sup>4</sup> Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009).



# PERCHÉ QUESTE LINEE GUIDA?

Alla stesura di questo documento hanno partecipato due realtà: **Animenta** e **Foodnet**, che si sono incontrate a fronte di un obiettivo specifico: **redigere un documento volto alla definizione di linee guida utili nella messa in atto di interventi di prevenzione ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nelle scuole**, che sia fruibile e consultabile da dirigenti scolastici che vogliano implementare simili iniziative nei loro istituti e da professionisti del settore interessati a erogarli.

**Animenta** è un'associazione non-profit che nasce nel gennaio del 2021 con l'obiettivo di informare, raccontare e sensibilizzare sulle malattie del comportamento alimentare e portare un aiuto concreto su tutto il territorio. Nata durante la pandemia da SARS-CoV-2, Animenta adotta come canale di comunicazione preferenziale i *social networks*, in particolar modo *Instagram*, ma porta il suo messaggio anche *offline*: grazie al supporto di una rete di professionisti, la passione dei volontari di Animenta entra anche negli istituti scolastici e nelle università. L'associazione è attiva anche su tutto il territorio nazionale attraverso laboratori ed eventi dedicati a chi sta affrontando queste malattie e alle loro famiglie. Animenta nasce dalle storie di chi ha vissuto un DCA, per permettere a tutti di sentirsi meno soli, per raccontare le molteplici sfumature di un disturbo alimentare e per dire che da queste malattie si può guarire.

Ad oggi Animenta, grazie al coinvolgimento dei professionisti e a un'ampia rete di volontari, ha organizzato attività, in presenza e da remoto, in più di 30 scuole sparse sul territorio nazionale coinvolgendo più di 3000 studenti. Ha inoltre portato avanti incontri di informazione e sensibilizzazione in numerose università italiane, tra cui l'Università Campus Bio-Medico di Roma, l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, l'Università degli studi di Siena e tante altre, anche qui coinvolgendo più di un migliaio di studenti.

Il Progetto **FoodNet** è nato nel 2017 all'interno di **ARP – Associazione** per la Ricerca in Psicologia Clinica. L'Associazione A.R.P., sulla base di un'esperienza di oltre 35 anni di attività clinica, ha strutturato un modello psicopatologico basato sull'individuazione della dinamica affettiva elementare che organizza la costellazione sintomatologica dei DCA<sup>5,6</sup>. Secondo tale modello, l'origine dei disturbi dell'alimentazione si situa nelle prime fasi dello sviluppo, periodo nel quale si costruisce la relazione con le figure genitoriali. La lunga esperienza clinica ha evidenziato la possibilità di rintracciare, nella storia dei pazienti con quadri di DCA, un disturbo relazionale precoce che ha creato una specifica difficoltà con l'alimentazione<sup>7</sup>. FoodNet ha ideato e messo a punto un Modello di intervento che si pone come obiettivo portare la prevenzione primaria ai DCA nelle scuole, mediante la promozione della consapevolezza sul profondo legame tra alimentazione ed emozioni.

Ad oggi FoodNet, grazie al coinvolgimento di un numeroso gruppo di lavoro composto da professioni esperti, junior e volontari, ha attuato interventi di prevenzione ai DCA in 25 scuole primarie, 5 Regioni del Nord Italia, 59 classi (IV° e V°), per un totale di oltre 1.300 alunni coinvolti.

Fin dal 2021 Animenta e Foodnet hanno iniziato a collaborare su diversi progetti per diffondere le tematiche connesse ai DCA ed è subito stato evidente a entrambe le realtà che, pur partendo da presupposti diversi [la prima è stata fondata da persone che hanno sperimentato sulla propria pelle una difficoltà con l'alimentazione, la seconda da professionisti che con tali difficoltà lavorano], pur avendo macro-obiettivi differenti [finalità di diffusione la prima, di prevenzione la seconda], pur muovendosi in ambiti di intervento non sovrapponibili [prevalentemente nelle scuole secondarie di secondo grado e nelle università la prima, nelle scuole primarie la seconda],

## RIFERIMENTI

<sup>5</sup> <https://www.stateofmind.it/2013/10/maternita-conflittuale-cura-disturbi-alimentari/>

<sup>6</sup> <https://www.stateofmind.it/2014/02/disturbi-alimentari-struttura-delse-psicopatologia/>

<sup>7</sup> Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014).

la volontà di agire concretamente e di apportare il proprio contributo fattivo a favore dei DCA è lo stesso.

Animenta e Foodnet condividono infatti la consapevolezza della gravità e dell'enorme diffusione dei DCA in Italia, nonché la convinzione dell'importanza di intervenire con azioni concrete a sostegno di chi soffre di un DCA, ma anche di chi gli sta accanto, o di chi entra in contatto – in modo più o meno diretto (per motivi personali o professionali) – a chi ne soffre, o ancora a chi presenta difficoltà legate all'alimentazione pur non soffrendo di un disturbo conclamato.

Uniti dalla consapevolezza che si tratta di malattie di cui per decenni si è parlato molto, ma in modo impreciso e inadeguato, e con cui spesso chi ne è coinvolto – direttamente o indirettamente – non sa come interagire, Animenta e Foodnet hanno scelto di unire le rispettive competenze ed esperienze per metterle a disposizione di progetti e interventi mirati a diffondere, sostenere, *prevenire* e facilitare la cura dei DCA, come per esempio il presente documento, che si pone come proposta concreta in un ambito in cui la necessità è evidente, ma gli interventi sono spesso parziali e poco omogenei.

# 1. INTRODUZIONE

## ● I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

I DCA, con la Legge del 30 dicembre 2021, n. 234, comma 687-688<sup>8</sup>, sono stati proposti come categoria a sé stante nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), con un budget autonomo rispetto a quello destinato alla cura delle patologie psichiatriche. Questo dovrebbe ampliare le possibilità di erogare prestazioni e servizi gratuiti (o dietro pagamento di un ticket sanitario) attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

È stato istituito presso il Ministero della Salute il “Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione”, con dotazione di 15 milioni di euro per il 2022 e 10 milioni per il 2023, risorse atte a permettere lo sviluppo di maggiori interventi nel lavoro di cura e prevenzione dei DCA e fornire ulteriore sostegno a tutti i soggetti coinvolti.

Stando ai dati epidemiologici, fino al decennio passato, l'instaurarsi di un DCA aveva luogo nella fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni<sup>9,10</sup>. Ciononostante, negli ultimi anni – e in particolar modo a seguito della pandemia da SARS-CoV-2 – si è assistito a una progressiva anticipazione dell'età di esordio di queste manifestazioni patologiche. La fascia d'emergenza dei DCA si sta infatti ampliando, con un preoccupante abbassamento fino all'età pediatrica: si parla, infatti, di “*baby anoressia*” nel 3% della popolazione tra gli 8 e gli 11 anni<sup>11,12,13</sup>.

L'età di esordio è scesa alla prima infanzia, in cui sempre più spesso si manifestano problemi legati a cibo, identità, peso e immagine corporea già nei bambini tra 8 e 12 anni. Si stima che oltre 300 mila minori italiani ne soffrono.

Più nello specifico, secondo quanto riportato dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità), che nel comunicato stampa n.20/2022 pubblicato il 15 marzo 2022 ha reso noti dati aggiornati riguardanti l'utenza assistita<sup>14</sup>, risultano in carico al 65% dei Centri censiti quasi 9.000 utenti (8.947), prevalentemente di sesso femminile: 90% rispetto al 10% di maschi. Il 58% degli utenti ha tra i 13 e i 25 anni, il 7% meno di 12 anni. Rispetto alla frequenza delle diverse diagnosi, l'Anoressia Nervosa è rappresentata nel 36,2% dei casi, la Bulimia Nervosa nel 17,9% e il disturbo da Binge Eating, o da alimentazione incontrollata, nel 12,4%.

La prima ricerca epidemiologica a livello nazionale sui DCA, obiettivo del progetto “Piattaforma per la lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme (triplo burden: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)” finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma CMM2018, si è conclusa a febbraio 2021. Dai dati basati sull'incrocio di diversi flussi informativi analizzati dal Consorzio interuniversitario CINECA, si evince un aumento del fenomeno di quasi il 40% rispetto al 2019: nel primo semestre 2020 sono stati rilevati 230.458 nuovi casi contro i 163.547 del primo semestre 2019. Il carico assistenziale globale delle nuove prese in carico e dei casi in trattamento in riferimento all'anno 2020 è quantificabile nel numero di 2.398.749 pazienti circa, dato sottostimato vista la grande quota di pazienti che non accede alle cure.

### RIFERIMENTI

- <sup>8</sup> Italia. (2021). Legge n. 234. 30 dicembre. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 1 (Supplemento Ordinario).
- <sup>9</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>
- <sup>10</sup> López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., et al. (2023).
- <sup>11</sup> Ruocco, G., Andrioli Stagno, R., Ballardini, D., Cotugno, A., Dalla Ragione, L., Dalle Grave, R., et al. (2017).
- <sup>12</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>
- <sup>13</sup> Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., et al. (2020).
- <sup>14</sup> Istituto Superiore di Sanità, “Comunicato Stampa n.20/2022 - Giornata del Focchetto Lilla sui disturbi alimentari, aggiornata la mappa dei servizi sanitari, ad oggi sono oltre cento i centri accreditati.”, pubblicato il 15/03/2022, modificato il 18/03/2022, <https://www.iss.it/>

Altri aspetti da sottolineare a partire dai dati della ricerca sono: un ulteriore abbassamento dell'età di esordio (il 30% della popolazione affetta da questi disturbi è al di sotto dei 14 anni rispetto al dato nazionale che, sia per l'Anoressia Nervosa, sia per la Bulimia Nervosa, indica come fascia di età d'esordio 15 - 19 anni) e una crescente diffusione nella popolazione maschile, associata alla delineazione di nuovi disturbi tipici del sesso maschile (Ortoressia, Bigoressia o Reverse Anorexia)<sup>15,16,17,18,19</sup>. In particolare, le manifestazioni patologiche nei maschi sono in aumento in età preadolescenziale e adolescenziale (nella fascia di età tra i 12 e 17 anni corrispondono al 10% della popolazione totale). Si è modificato quindi il rapporto maschi/femmine, che al momento è stimato a 1:9.

Già nel "Manuale per la cura e la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e delle obesità" redatto dalla SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare) nel marzo 2017, si evidenziava come la complessità clinica propria dei DCA non riesca a restituire un dato di realtà sulla loro prevalenza e incidenza<sup>20</sup>.

È inoltre importante tenere in considerazione che i DCA sono annoverati tra i disturbi psichiatrici con maggior rischio di mortalità: le complicanze a livello internistico derivate dalle condotte alimentari patologiche si associano a una rilevante compromissione del funzionamento globale e a un elevato rischio suicidario<sup>21</sup>. Secondo la American Psychiatric Association, i DCA – in particolare l'Anoressia Nervosa – rappresentano la prima causa psichiatrica di morte nei Paesi occidentali<sup>22</sup>. Quanto ai dati italiani, si riscontra che Anoressia e Bulimia Nervosa causano ogni anno circa 4000 morti (circa 10 morti al giorno)<sup>23</sup>.

Secondo una ricerca del 2016 guidata da Dan Chisholm, pubblicata su *The Lancet Psychiatry*<sup>24</sup>, investire a livello internazionale in servizi dedicati al trattamento dei più diffusi disturbi mentali – ansia e depressione – comporterebbe un guadagno stimato di 700 miliardi di dollari entro il 2030. Ansia e depressione colpiscono infatti tra il 10 e il 12% della popolazione adulta mondiale, con effetti disabilitanti evidenti e pervasivi: in assenza di investimenti adeguati, la proiezione è di 12 miliardi di giorni produttivi persi nel mondo, oltre 50 milioni di anni, ogni anno, per un costo di oltre 900 miliardi di dollari l'anno.

Se si intervenisse con investimenti adeguati, valutati intorno a circa 150 miliardi di dollari l'anno, si potrebbe ottenere un ritorno economico di almeno 310 miliardi di dollari in termini di anni di vita passati in salute piuttosto che gravati da una malattia mentale, di 230 miliardi di dollari in termini di produttività recuperata grazie al trattamento della depressione e di circa 170 miliardi di dollari grazie al trattamento dell'ansia.

Investire nella salute mentale garantisce non solo fondamentali benefici in termini di benessere fisico, mentale e sociale, ma può contribuire significativamente al rilancio dell'economia globale<sup>25</sup>.

## RIFERIMENTI

- 15 Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004).
- 16 Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015).
- 17 Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018).
- 18 Munno, D., Sterpone, S. C. M., & Zullo, G. (2005).
- 19 Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017).
- 20 L.M. Donini, U. Nizzoli, O. Bosello, N. Melchionda, G. Spera & M. Cuzzolaro (Eds.).
- 21 Forsberg, S., & Lock, J. (2015).
- 22 <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>
- 23 [https://melaniaromanelli.com/wp-content/uploads/2022/03/dati-disturbi-alimentari-15-marzo-2022-melania-romanelli-coach\\_cmp2.pdf](https://melaniaromanelli.com/wp-content/uploads/2022/03/dati-disturbi-alimentari-15-marzo-2022-melania-romanelli-coach_cmp2.pdf)
- 24 Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., et al. (2016).
- 25 Long, M. W., Ward, Z. J., Wright, D. R., Rodriguez, P., Tefft, N. W., & Austin, S. B. (2022).

## ● L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE

La prevenzione mira a contenere l'insorgenza di condizioni patologiche, nonché a favorire la diagnosi dei disturbi prima dell'insorgenza di sintomi o complicanze, quando le probabilità di recupero sono massime. **Se prestata nei tempi e nelle modalità adeguate, la prevenzione migliora le condizioni di salute generale e la qualità della vita.**

Il concetto di prevenzione appare strettamente correlato a quello di "Promozione della Salute", definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1986)<sup>26</sup> come «il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla». Una simile concezione della natura e della finalità degli interventi preventivi è, a sua volta, strettamente legata alla definizione di salute proposta dalla stessa OMS, che nel 1948 l'ha concettualizzata come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità»<sup>27</sup>.

A tale definizione sono seguiti, nel corso dei decenni, lo **sviluppo del modello "Bio-Psico-Sociale"** a opera di G. Engel (1977)<sup>28</sup> e la **rielaborazione del costrutto di salute** nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978<sup>29</sup> e nella Carta di Ottawa del 1986<sup>30</sup>. Tali momenti rappresentano tappe fondamentali del cambio di paradigma che si è osservato in ambito scientifico e di *policies* internazionali. Si è passati da una concezione della salute come assenza di malattia, a una definizione ben più complessa che tenga conto del concetto di benessere nella sua totalità, in cui hanno assunto rilevanza centrale anche gli aspetti psicologici, sociali e relazionali. Parallelamente, si è assistito al passaggio da una "cultura focalizzata sull'eliminazione della malattia" a una "cultura focalizzata sulla promozione della salute"<sup>31</sup>.

Nella Carta di Ottawa del 1986<sup>32</sup> viene precisato che «per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvisi. Pertanto, la salute è considerata una risorsa per la vita quotidiana: non un obiettivo di vita, bensì un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere».

**La salute e il benessere appaiono dunque come condizioni da co-costruire con il diretto coinvolgimento dell'individuo, dei gruppi e delle comunità sociali.** Essi vanno, pertanto, coinvolti in programmi di prevenzione che, se progettati in tale ottica bio-psico-sociale, possono essere potenziali forieri di sviluppo di risorse psicologiche, relazionali e sociali in grado di sostenere l'individuo nella gestione e nell'adattamento a situazioni e contesti differenti nel corso del suo ciclo di vita. Infatti, un concetto largamente diffuso nell'ambito della prevenzione e dell'educazione alla salute è quello delle *life skills*, che l'OMS<sup>33</sup> definisce come abilità sociali e relazionali che permettono di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità e senza ricorrere a comportamenti deleteri. **La prevenzione assume così la valenza di sviluppo e costruzione di competenze trasversali che si strutturano quali fattori protettivi nei confronti delle condizioni di vulnerabilità.**

Tale possibilità assume rilevanza centrale nel contesto della società odierna: caratterizzata dal continuo e sempre più rapido susseguirsi di mutamenti, da una complessità crescente e dalla richiesta sempre più incalzante di prestazionalità, efficienza e velocità, impone all'individuo la necessità di disporre di importanti capacità di adattamento, resilienza e tolleranza dell'incertezza.

### RIFERIMENTI

<sup>26</sup> Ottawa charter for health promotion. (1986).

<sup>27</sup> World Health Organization. (1948).

<sup>28</sup> Engel G. L. (1977).

<sup>29</sup> World Health Organization. (1978).

<sup>30</sup> Ottawa charter for health promotion. (1986).

<sup>31</sup> Italia. (1989). Ordinamento della professione di psicologo. Legge n. 56. 24 febbraio. Gazzetta Ufficiale, 46.

<sup>32</sup> Ottawa charter for health promotion. (1986).

<sup>33</sup> World Health Organization. (1994).

Inoltre, una concezione della prevenzione quale facilitatrice dello sviluppo di modalità di coping funzionali e di risorse che diventino parte del bagaglio personale dei fattori protettivi dell'individuo, rende evidente l'importanza di fare della popolazione giovanile la prima destinataria dell'attività preventiva.

Ci sembra che tali considerazioni rendano evidente **l'importanza delle risorse di natura psicologica come strumenti in grado di favorire il raggiungimento di uno stato di benessere e di una migliore qualità della vita**. A riguardo, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi nel *Parere sulla Prevenzione/Promozione in ambito psicologico* (2012)<sup>34</sup> afferma: «la ricerca scientifica internazionale ha ripetutamente dimostrato come, senza la comprensione dei significati e delle rappresentazioni individuali e sociali afferenti ai comportamenti *health-related*, non si possano modificare efficacemente tali atteggiamenti e comportamenti, impedendo così interventi efficaci di promozione della salute e del benessere».

Pertanto, attuare programmi di promozione del benessere psicologico e interventi volti a prevenire lo sviluppo delle più diffuse forme di disagio psichico ci sembra doveroso per aderire al mandato sociale della nostra Professione di tutela del diritto alla salute del cittadino (art. 32 Costituzione Italiana<sup>35</sup>: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»), come sancito dall'art.1 della L.56/89<sup>36</sup>, che regola la Professione di Psicologo («La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito») e dall'art. 3 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani<sup>37</sup> («Lo psicologo considera suo dovere accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità»).

Infine, da un punto di vista economico, la prevenzione del disagio psichico assume rilevanza poiché, attraverso la diminuzione dell'incidenza delle principali forme di psicopatologie e della mortalità a queste associate, è in grado di ridurre i costi che gravano sul Servizio Sanitario Nazionale e per la società. Inoltre, la promozione della salute nella popolazione giovanile, con particolare riferimento alle risorse psicologiche e alle strategie funzionali di *coping*, si configura come un investimento nel medio e lungo termine, poiché salvaguarda il potenziale mentale e produttivo delle giovani generazioni.

## ● LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

I dati clinici e di letteratura<sup>38</sup> evidenziano come la precocità della diagnosi e della presa in carico correlino con la probabilità di successo terapeutico e come, d'altra parte, un intervento tardivo risulti meno efficace nel risolvere condizioni psicopatologiche, che rischiano così di cronicizzarsi. Nonostante tali evidenze, i programmi di prevenzione ai DCA sono attualmente molto poco diffusi, sia a livello nazionale che internazionale.

La possibilità di realizzare interventi di prevenzione sui potenziali DCA, prima che questi si siano manifestati, diventa di importanza primaria per aiutare i bambini – nonché futuri adolescenti – a costruire un efficace “scudo di protezione” nei confronti di modalità di espressione del disagio tanto pericolose quanto frequenti<sup>39</sup>.

### RIFERIMENTI

<sup>34</sup> Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2012).

<sup>35</sup> Articolo 32, Costituzione Italiana. (1948). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 298, 27 dicembre 1947, p. 1137.

<sup>36</sup> Italia. (1989). Ordinamento della professione di psicologo. Legge n. 56. 24 febbraio. Gazzetta Ufficiale, 46.

<sup>37</sup> Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2017).

<sup>38</sup> Jenkins, Z. M., Chait, L. M., Cistullo, L., & Castle, D. J. (2020).

<sup>39</sup> Smolak, L. (2013).

In quest'ottica, la prevenzione ai DCA nelle scuole dovrebbe essere in grado di:

- promuovere negli alunni e nelle loro famiglie l'acquisizione di una maggiore consapevolezza sullo stretto rapporto tra cibo ed emozioni;
- stimolare, promuovere e sostenere una buona accettazione di sé, del proprio corpo e della propria immagine;
- sensibilizzare genitori, insegnanti ed educatori sul tema delle problematiche alimentari;
- creare uno spazio di riflessione su alcuni fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi alimentari (fattori culturali, pregiudizi su obesità e magrezza, ecc.);
- favorire il riconoscimento di indicatori che consentano diagnosi precoci e trattamenti tempestivi dei DCA durante l'infanzia e la preadolescenza;
- intervenire prima della comparsa effettiva di quadri clinici complessi di un DCA;
- ridurre la richiesta di intervento da parte dei servizi sociosanitari nazionali.

Con gli studenti universitari, che si trovano in una fase evolutiva successiva a quella in cui si registra il picco di esordio dei DCA, gli interventi di prevenzione e sensibilizzazione ai DCA possono configurarsi come "cuscinetto protettivo" rispetto all'eventuale sviluppo di quadri in esordio e/o latenti, che rischiano di esacerbarsi proprio con il passaggio all'età adulta (cfr. pag. 17). In quest'ottica, la prevenzione ai DCA nelle università dovrebbe essere in grado di:

- favorire la diffusione di informazioni corrette riguardanti i DCA;
- sensibilizzare i giovani adulti a queste tematiche, evidenziandone il significato di "crisi evolutiva";
- facilitare il riconoscimento dei primi segnali di disagio e la tempestiva richiesta di aiuto;
- ridurre la richiesta di intervento da parte dei servizi sociosanitari nazionali.

Questo permetterebbe di ostacolare e limitare la manifestazione di queste malattie e agevolare l'intero iter di cura, favorendo al contempo un aumento degli esiti favorevoli delle terapie e una considerevole riduzione dei costi della spesa sanitaria nazionale.

Queste iniziali considerazioni hanno condotto alla volontà di **mettere a disposizione di tutte le realtà che si occupano di prevenzione dei DCA** queste Linee Guida, come **strumento mirato a guidare la progettazione e la messa in atto di interventi preventivi ai DCA in modo condiviso, consapevole ed efficace.**

Questo potrebbe permettere:

- ai bambini, preadolescenti, adolescenti e giovani adulti provenienti da contesti differenti di fruire di interventi preventivi simili e omogenei, basati sui medesimi costrutti e coerenti con le evidenze della letteratura scientifica;
- ai professionisti di accedere, a diversi livelli, al confronto con altri esperti che si occupano delle stesse tematiche;
- ai clinici e ai ricercatori di svolgere studi longitudinali che consentano, in futuro, di sviluppare e implementare i programmi di prevenzione.

## ● I LIVELLI DELLA PREVENZIONE E LE SPECIFICITÀ DELLA PREVENZIONE DEI DCA IN SCUOLE DI DIVERSO ORDINE E GRADO

La prevenzione si caratterizza per tre livelli differenti:

- La **prevenzione primaria** è la forma più classica di prevenzione e prevede l'adozione di **interventi finalizzati a ostacolare l'insorgenza delle malattie** nella popolazione, **combattendo le cause e i fattori predisponenti** e favorendo l'attuazione di uno stile di vita corretto e abitudini generali volte alla **riduzione dell'influenza dei fattori di rischio** di una determinata patologia.

- La prevenzione primaria è quindi un insieme di attività che si basano su azioni di stampo psicologico o sociale, nell'ambito di un tipo di benessere e salute legati al concetto di popolazione e territorio.
- La **prevenzione secondaria** si rivolge a soggetti che presentano un **elevato rischio di sviluppare la patologia** oggetto della prevenzione o già ammalati, al fine di ridurre la probabilità di insorgenza o la progressione della patologia.
- La **prevenzione terziaria** ha come obiettivo quello di **ridurre la gravità** di una patologia ormai conclamata per favorire un miglior adattamento e un potenziamento della qualità di vita, per quanto è possibile.

I progetti di prevenzione dei DCA effettuati nelle scuole primarie e nelle scuole secondarie di primo e secondo grado condividono l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di tali manifestazioni psicopatologiche negli alunni. Rivolgendosi all'intera popolazione di studenti delle classi in cui vengono effettuati, tali interventi si configurano dunque come progetti di prevenzione primaria.

Tuttavia, il fatto che gli alunni delle scuole primarie e delle scuole secondarie di primo e secondo grado si trovino in fasi dello sviluppo evolutivo diverse comporta importanti differenze riguardo:

- le informazioni che gli studenti possiedono circa l'alimentazione;
- le risorse su cui far leva;
- le tipologie di rischio connesse al comportamento alimentare e all'atteggiamento verso il cibo.

Tali differenze rendono necessarie alcune riflessioni sul confine tra il livello primario e secondario della prevenzione in alcuni casi, sulle modalità con cui attuare gli interventi e sulle motivazioni su cui essi si reggono.

I bambini, destinatari dei programmi di prevenzione effettuati nelle scuole primarie, non vengono considerati *tout court* popolazione a rischio per lo sviluppo di un DCA: pertanto, gli interventi in questa fascia d'età rientrano a pieno titolo nel livello primario della prevenzione e sono motivati – oltre che da quanto esposto nei paragrafi precedenti – dalla potenzialità offerta dall'età infantile per l'interiorizzazione di strumenti che possono divenire parte del bagaglio strutturale di risorse dell'individuo (cfr. pag. 23). Inoltre, è importante sottolineare come, negli interventi rivolti a utenti di tale fascia d'età, sia cruciale focalizzarsi sulle profonde dinamiche emotive e psicologiche connesse all'alimentazione, mentre non sia opportuno fare riferimento alle patologie e ai disturbi a essa legati. In questo momento evolutivo parlare di rischi, sintomatologia o diagnosi non solo svierebbe l'attenzione dell'auditorio, ma creerebbe anche inutili e controproducenti effetti reattivi (cfr. pag. 24).

L'età adolescenziale e, in misura minore, preadolescenziale si configurano invece come fattori di rischio per lo sviluppo di un DCA. Pertanto, gli interventi effettuati nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado possono essere considerati appartenenti al livello secondario della prevenzione.

I ragazzi e le ragazze di questa età, infatti, nell'ambito dello sviluppo puberale – che segna l'ingresso nella preadolescenza e che organizza il lungo processo di trasformazioni radicali sul piano fisico e psichico – sono impegnati nel complesso e delicato compito di sviluppo di simbolizzazione dell'immagine corporea<sup>40</sup>. Proprio a fronte di tale compito di sviluppo e nell'ambito di questi numerosi processi di trasformazione, il corpo può divenire il canale privilegiato di espressione del disagio. È infatti noto come, in tale fase evolutiva, si registri la più alta incidenza di esordio di alcune forme di psicopatologia, fra cui i DCA. Allo stesso tempo, tuttavia, l'ampiezza e la profondità del cambiamento in adolescenza, rendono questa fase del ciclo di vita un periodo fecondo per gli interventi di educazione e prevenzione. Come proposto da clinici e ricercatori particolarmente esperti nel lavoro con gli adolescenti, infatti, «una concezione evolutiva della

<sup>40</sup> Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (Eds.). (2004).



formazione della persona e della psicopatologia considera infatti ogni fase del ciclo di vita come potenziale rimaneggiamento dell'equilibrio raggiunto nelle fasi precedenti, riducendo e mettendo in discussione il primato assoluto dell'infanzia. **L'adolescenza, da questo punto di vista, costituisce uno snodo evolutivo centrale, ricco di opportunità per gli interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio per lo sviluppo»** (Giori, F., Maggiolini, A., Rivolta, S., 2004)<sup>41</sup>.

È importante sottolineare come, anche a fronte della diffusione dei DCA in età adolescenziale, è frequente che gli studenti delle scuole secondarie di primo e di secondo grado abbiano accesso ad informazioni di diverso tipo relative a tali patologie, o contatto più o meno diretto con esse. Tali informazioni, fruite spesso attraverso i social networks o il confronto con coetanei, rischiano di essere distorte e utilizzate in modo poco consapevole, rischiando di suscitare timori o di favorire processi di stigmatizzazione o, viceversa, idealizzazione dei DCA. Negli interventi di prevenzione ai DCA rivolti a utenti preadolescenti e adolescenti, a differenza di quanto avviene con i bambini, diviene allora importante affrontare anche le tematiche relative alle diverse forme di disagio connesse al comportamento alimentare: se tali informazioni sono fornite in modo adeguato (cfr. pagg. 33-35 e pagg. 44-46) possono favorire una conoscenza chiara di cui fruire in modo consapevole.

Gli studenti universitari si trovano in una fase evolutiva successiva a quella in cui si registra il picco di esordio dei DCA. La letteratura, tuttavia, sottolinea l'importanza di intervenire in ottica preventiva anche in questa fase di sviluppo<sup>42</sup>.

La fase evolutiva del giovane adulto, infatti, costituisce un momento di sviluppo delicato e spesso disorientante. Il termine delle scuole superiori e l'inizio dell'università implicano l'abbandono di un contenitore identitario forte e rassicurante, la *performance* in contesti maggiormente competitivi, l'assunzione di responsabilità proprie, il compimento di scelte autonome. In questo momento di passaggio tra l'età adolescenziale e l'età adulta è frequente che – tanto la mancata realizzazione dei compiti evolutivi delle fasi precedenti, quanto la difficoltà a far fronte alle richieste specifiche di tale fase di sviluppo – si manifestino come perturbanti, esitando nell'esordio di sintomi o disturbi psicopatologici<sup>43</sup>.

Harrer e colleghi (2020) hanno evidenziato un rischio specifico, negli studenti universitari, di sviluppare una sintomatologia di tipo alimentare, associata a numerose conseguenze negative sul piano individuale e collettivo: basso funzionamento accademico, comorbidità con altri disturbi mentali e altre condizioni fisiche, suicidarietà e mortalità<sup>44</sup>.

Il giovane adulto si trova a dover realizzare i propri compiti evolutivi nel contesto di una società caratterizzata da sempre maggiori incertezze da un lato e richieste di prestazionalità e velocità dall'altro. Inoltre, i giovani adulti sembrano poco consapevoli delle criticità connesse alla fase di sviluppo in cui si trovano, che anzi viene di frequente idealizzata rappresentando, nell'immaginario collettivo, un momento in cui le potenzialità creative e produttive e le possibilità di scelta e autodirezionalità sono massime. Così, eventuali difficoltà nel passaggio all'università potrebbero ingenerare nei giovani sentimenti di vergogna e bisogni di controllo: entrambe caratteristiche predisponenti allo sviluppo dei DCA e fortemente caratterizzanti tali patologie.

Diviene, allora, estremamente importante promuovere una maggiore consapevolezza delle criticità connesse ai compiti evolutivi del giovane adulto e delle più frequenti forme in cui eventuali difficoltà in tal senso potrebbero manifestarsi. Tale consapevolezza può essere promossa attraverso interventi di sensibilizzazione in cui agli studenti universitari vengono fornite informazioni sui DCA attraverso specifiche modalità e accorgimenti, così che tali informazioni, a differenza di quelle fruite in modo poco consapevole attraverso i *social network*, possano essere utilizzate attivamente dai giovani, configurandosi come risorse capaci di indirizzarli verso un percorso di sviluppo realmente libero e maturativo.

## RIFERIMENTI

<sup>41</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

<sup>42</sup> Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E. M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., et al. (2020).

<sup>43</sup> Lancini, M., & Madeddu, F. (2014).

<sup>44</sup> Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E. M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., et al. (2020).

## ● LA SCUOLA COME CONTESTO ELETTIVO PER LA PREVENZIONE

La scuola è il luogo dove favorire la “Promozione della salute” come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico. A livello territoriale il rapporto tra Sistema Scuola e Sistema Sanitario necessita di una maggiore interazione, mirata a integrare le specifiche competenze e finalità, secondo quanto espresso nel documento “Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute” (Accordo Stato-Regioni 17 gennaio 2019)<sup>45</sup>.

Recependo le indicazioni dell’OMS e dell’Unione Europea, il Ministero della Pubblica Istruzione, in particolare con la legge n. 162 del 1990<sup>46</sup>, ha assunto il compito di promuovere e coordinare le attività di educazione alla salute e l’educazione alimentare ha conquistato uno spazio nelle attività didattiche con un inserimento trasversale nelle diverse discipline. È compito della scuola insegnare i fondamenti di un’alimentazione sana e corretta, ma anche costruire, attraverso l’alimentazione, uno stile di vita capace di discernere e di fare dell’alimentazione un percorso di benessere<sup>47</sup>.

Le Linee guida per la promozione della salute nelle scuole<sup>48</sup> mettono in evidenza come un aspetto chiave sia l’importanza del dialogo e della collaborazione tra i Ministeri dell’Istruzione e della Sanità a livello nazionale. Affermano inoltre che è necessario «garantire un impegno attivo continuo e un sostegno dimostrabile da parte dei governi e delle autorità competenti in favore della continua implementazione, del rinnovamento, del monitoraggio e della valutazione della strategia di promozione della salute (una *partnership* sottoscritta tra i ministri della sanità e dell’istruzione di un governo nazionale è stato un modo efficace di formalizzare questo impegno)».

### RIFERIMENTI

<sup>45</sup> Ministero della Salute. (2019).

<sup>46</sup> Italia. (1990). Legge n. 162. 26 giugno. Gazzetta Ufficiale, 147 (Supplemento Ordinario).

<sup>47</sup> Sidoti, E., & Piccin. (2013).

<sup>48</sup> “Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole” – 2a versione del documento “Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute” (2008) – The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) - [http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh\\_guidelines](http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh_guidelines).

## 2. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE

### ● PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

La pianificazione accurata è un presupposto imprescindibile per lo sviluppo di un progetto di prevenzione serio ed efficace. È infatti necessario conoscere e analizzare in modo accurato i setting su cui si intende incentrare gli interventi di prevenzione (anche al fine di attrezzarsi per prevenire e affrontare eventuali rischi e criticità degli stessi) e definire, in modo rigoroso, il quadro tematico del progetto. All'interno del processo di pianificazione sarà necessario valutare la disponibilità delle risorse umane e finanziarie necessarie per la sua completa realizzazione.

Ove è possibile, è auspicabile mettere in rete tutti gli organi e i gruppi di soggetti coinvolti (politica, scuole, associazioni, gruppi di genitori, servizi specializzati) al fine di coinvolgerli nel progetto. Così facendo, gli interventi di prevenzione potranno contare su un'organizzazione strutturata e adeguata.

Le attività da proporre durante gli incontri di prevenzione devono essere strutturate e programmate mediante il confronto attivo con un'équipe professionale multidisciplinare<sup>49</sup>, che disponga di una pluriennale esperienza nell'ambito dello studio e del trattamento dei DCA. Questo consente di progettare, predisporre e modificare gli interventi non solo sulla base di una preliminare analisi del contesto, ma anche in considerazione di eventuali bisogni specifici dell'utenza che potrebbero emergere nel corso di fasi successive alla progettazione.

### ● DEFINIZIONE DEI PROCESSI INTEGRATIVI

Per il successo di ogni progetto preventivo, è necessaria una definizione vincolante dei processi integrativi. È opportuno, infatti, adottare una strategia trasparente e diretta per la comunicazione delle informazioni rilevanti, che possa contare su una chiara e ben definita visione sui soggetti da informare, sulle tempistiche, modalità e canali da utilizzare.

Per poter contare sull'appoggio dei vari gruppi interessati servono argomenti convincenti, che chiariscano in modo univoco l'utilità del progetto per setting, gruppi *target*, scopo e utilità dell'investimento.

Le relazioni pubbliche e il lavoro con i *media* risultano spesso mezzi necessari, nonché preziosi, per presentare il progetto alla popolazione, spiegarne fasi e strumenti e metterne in luce le potenzialità. Fondamentale è partire dal coinvolgimento dei *media* locali per far conoscere il progetto e rendere noti i risultati ottenuti.

La comunicazione sui *social media* rappresenta un canale fondamentale per raggiungere una fascia della popolazione più ampia possibile: per questa ragione è necessario curare tale mezzo comunicativo, pubblicare con cadenza programmata materiale informativo adeguatamente preparato e strutturato, comprensivo di dati sull'andamento del progetto e contenuti multimediali utili a rendere più interessante, accattivante e comprensibile la realtà e l'entità del progetto.

<sup>49</sup> <http://www.dallegrave.it/un-modello-di-gestione-clinica-dei-disturbi-dell'alimentazione/>

## ● CONDUTTORI DEGLI INTERVENTI NELLE SCUOLE

La qualità di un intervento di prevenzione ai DCA passa attraverso la presenza di uno sguardo attento e informato sulle patologie dell'alimentazione e della nutrizione. Per questa ragione, è importante che gli incontri vengano condotti da soggetti adeguatamente formati a trattare questa tematica e consapevoli dell'importanza di una formazione continua in merito. Gli studi hanno rilevato come interventi condotti da *provider endogeni* (come, per esempio, insegnanti) si caratterizzino per una minore efficacia: si suggerisce quindi l'assunzione di operatori specificamente formati per la gestione degli interventi<sup>50,51</sup>.

Durante lo svolgimento degli incontri di prevenzione i professionisti devono, inoltre, essere preparati a rispondere a quesiti specifici e in grado di confrontarsi con l'utenza di riferimento su tematiche trasversali che possono emergere durante la discussione e il dibattito: per poter fare ciò sono necessarie adeguate competenze e capacità di gestione dei gruppi.

## ● EFFICACIA DELL'INTERVENTO

I programmi dovrebbero prevedere misure di **esito qualitative e – ove possibile – quantitative** e la possibilità di registrare la possibile comparsa di effetti negativi<sup>52</sup>.

È possibile far ciò mediante la somministrazione di **questionari**, prima e dopo gli incontri di prevenzione, a tutti gli interlocutori del programma (alunni, insegnanti presenti agli interventi e genitori). Questo rende possibile rilevare e misurare le conoscenze e le consapevolezza precedenti e successive all'intervento. È indispensabile, inoltre, accogliere eventuali critiche e suggerimenti da parte dei destinatari dell'intervento, in modo da avere uno sguardo sempre disponibile e critico verso eventuali variazioni e/o scelte di programmazione da effettuare. La disponibilità verso una possibile messa in discussione del modello di intervento è uno step fondamentale nella direzione di una sempre maggiore efficacia dei programmi.

Si auspica, dunque, la pianificazione e realizzazione di **follow-up a breve termine** (6 mesi) e **a lungo termine** (1 o più anni), al fine di valutare gli esiti dell'intervento mediante l'ausilio di questionari e interviste<sup>53</sup>.

## ● PROPOSTE FORMATIVE

I progetti di prevenzione ai Disturbi del Comportamento Alimentare dovrebbero prevedere un'offerta formativa per insegnanti, educatori e altri *stakeholder* circa tali problematiche. In questo modo è possibile fornire agli interlocutori strategie utili al riconoscimento di indicatori – quali comportamenti segnale – nei bambini e nei ragazzi che vivono costantemente a contatto con loro, oltre che riferimenti e contatti utili ai quali indirizzare le famiglie.

### RIFERIMENTI

<sup>50</sup> Schober, I., Sharpe, H., & Schmidt, U. (2013).

<sup>51</sup> Dalle Grave, R. (2003).

<sup>52</sup> Dalle Grave, R. (2003).

<sup>53</sup> Dalle Grave, R. (2003).

# 3. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE PRIMARIE

## ● DESTINATARI DIRETTI

I destinatari diretti dell'intervento sono bambini e bambine di età compresa fra i 6 e i 10 anni.

Gli interventi saranno rivolti a tutti gli alunni della classe, indipendentemente dal loro genere, in quanto, come anticipato nelle premesse, i Disturbi del Comportamento Alimentare non colpiscono solamente individui di genere femminile<sup>54</sup>, ma coinvolgono in misura sempre più cospicua anche il genere maschile.

## ● DESTINATARI INDIRETTI

Destinatari indiretti, ma non per questo meno importanti, degli interventi di prevenzione ai DCA sono i genitori e le famiglie di tali bambini, e i loro insegnanti.

Nel programma di prevenzione è infatti necessario coinvolgere la maggior parte degli adulti a contatto diretto o indiretto con gli alunni (genitori, familiari, insegnanti, dirigenti e amministratori scolastici, ecc.). Essi, infatti, rappresentano figure fondamentali, a stretto e continuo contatto con i bambini, che possono captare eventuali variazioni nel rapporto con il cibo, primi segnali che richiedono l'attivazione immediata di una richiesta di aiuto. Inoltre, poiché i soggetti in età infantile sono estremamente ricettivi e sensibili alle caratteristiche dell'ambiente in cui vivono, coinvolgere negli interventi le figure con cui sono quotidianamente a contatto assume la potenzialità di creare per loro un ambiente funzionale a rinforzare gli stimoli forniti durante gli incontri e a mantenere attivo quanto appreso<sup>55,56</sup>.

Per disporre della presenza di tali figure negli interventi di prevenzione è necessario coinvolgerli attivamente nelle attività che vengono proposte ai bambini.

Pertanto, gli interventi di prevenzione nelle classi dovrebbero prevedere che gli insegnanti:

- vengano coinvolti in una apposita e dettagliata formazione sul modello di prevenzione ai DCA, precedente e preparatoria agli interventi in aula, in modo da essere preparati, consapevoli e coinvolti su quanto verrà esposto e messo in atto;
- durante gli interventi in classe partecipino e si cimentino in prima persona nelle attività proposte agli alunni e insieme a loro riflettano durante le attività di gruppo.

Per quanto concerne le figure parentali, il modello di prevenzione prevede il loro coinvolgimento in attività di condivisione con gli alunni sui contenuti degli interventi di prevenzione effettuati, nonché uno specifico spazio di riflessione sul tema dei DCA.

Il coinvolgimento in prima persona dei genitori ha il fine di trasmettere le tematiche principali affrontate in aula anche al nucleo familiare, con l'obiettivo di rendere i concetti chiari, elaborati e stabili anche in casa<sup>57</sup>.

## RIFERIMENTI

<sup>54</sup> Hepworth, K. (2010).

<sup>55</sup> Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P., et al. (2020).

<sup>56</sup> Williams, L. T., Wood, C., & Plath, D. (2020).

<sup>57</sup> Dalle Grave, R. (2003).

## ● CONDUTTORI

È importante che gli incontri di prevenzione ai DCA effettuati nelle classi della scuola primaria siano condotti da operatori con una lunga e comprovata esperienza nel lavoro con i bambini, che permetta loro di:

- cogliere le modalità di espressione di bisogni e stati emotivi specifiche dell'età infantile;
- sintonizzarsi con essi;
- utilizzare un linguaggio consono alla fase di sviluppo evolutivo degli utenti.

Inoltre, è particolarmente utile la figura di un osservatore – un professionista in formazione o un volontario – a cui è affidato il compito di osservare il gruppo di alunni, ponendosi in una posizione triangolare rispetto alla classe e ai conduttori. L'essere al contempo “dentro e fuori” all'intervento, a diversi livelli, permette all'osservatore di notare – e dunque poter evidenziare agli operatori che conducono l'incontro – eventuali dinamiche [spesso non immediatamente rilevabili, quando non impercettibili] che spesso si sviluppano durante l'incontro, nonché riportare verbalizzazioni e resoconti dettagliati su cui riflettere al termine dell'incontro.

## ● CONTESTO APPLICATIVO

Gli interventi di prevenzione si svolgono all'interno delle aule dell'istituto scolastico in cui gli alunni trascorrono la maggior parte della loro giornata.

La scuola è infatti il luogo privilegiato in cui incontrare i bambini, in quanto spazio sicuro e familiare. L'incontro con figure esterne al contesto scolastico potrebbe generare inibizione in alcuni di loro: poterlo svolgere in un contesto familiare, in cui si muovono con destrezza, in cui si sentono più “esperti” degli operatori ospiti, e in cui possono contare sulla presenza di figure note e sicure (i propri insegnanti), permette di stemperare la possibile tensione e agire da variabile facilitante la trasmissione e la ricezione dei contenuti dell'intervento di prevenzione.

## ● DURATA DEGLI INTERVENTI

Gli interventi di prevenzione devono essere facilmente inseriti nel contesto dell'orario scolastico, con incontri multipli, della durata di circa due ore ciascuno, arco di tempo che tiene in considerazione i tempi di attenzione di bambini di quell'età, ma che permette anche di creare un clima di confidenza e familiarità che consente agli alunni di sentirsi sufficientemente a proprio agio per intervenire e portare il proprio contributo.

La calendarizzazione auspicabile degli interventi di prevenzione prevede la cadenza degli incontri a tre settimane di distanza l'uno dall'altro – dunque con due settimane di intervallo tra ogni incontro. Questa ciclicità è pensata per agevolare un apprendimento naturale delle informazioni e una fisiologica elaborazione delle riflessioni affrontate in ogni incontro, potendo al contempo contare su un senso di continuità del percorso.

Dovrebbero essere pianificati **incontri di rinforzo**, per mantenere e aumentare l'efficacia dell'intervento<sup>58</sup>.

## ● OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale che un progetto di prevenzione dei DCA dovrebbe prefiggersi è il sostegno di tutte quelle variabili che si configurano come fattori di protezione verso la manifestazione

<sup>58</sup> Dalle Grave, R. (2003).

di tali disturbi, tenendo in considerazione la fase evolutiva della popolazione cui si rivolge il progetto. A ciò si aggiunge naturalmente la considerazione di tutti quelli che potrebbero rappresentare fattori di rischio, così da pianificare un intervento repentino qualora si ravvisasse una degenerazione di questi ultimi.

## ● OBIETTIVI SPECIFICI

- Trasmettere e sviluppare la consapevolezza del *profondo e spesso misconosciuto legame tra cibo ed emozioni*: per quanto sia noto e appurato tra i professionisti del settore, il fatto che non si mangia solo per nutrirsi o per placare la fame, ma anche in risposta a stati e mutamenti emotivi è spesso poco evidente. Numerosi studi hanno evidenziato che i sintomi dei DCA rappresentano strategie disfunzionali di regolazione emotiva<sup>59,60,61,62,63,64,65,66</sup>. Per citare Macht<sup>67,68</sup>, “in tutti i DCA le emozioni intense – negative, ma anche positive – inducono a mangiare, o incidono sulla scelta degli alimenti scelti e/o sulla loro quantità”. Esplicitare e condividere questa premessa è spesso uno dei primi passaggi di ogni trattamento terapeutico con pazienti DCA: il costrutto alla base del modello di prevenzione ai DCA è che farlo anche con bambini che ancora non hanno sviluppato problematiche alimentari li renderebbe più consapevoli e dunque più pronti e strutturati ad affrontare e gestire impulsi connessi all'alimentazione.
- Stimolare un ascolto attento e consapevole delle diverse sensazioni corporee derivanti da stati fisici [come la fame, il senso di sazietà, il disgusto, ecc.] o emotivi. Se sviluppata in età precoce, infatti, tale competenza può entrare a far parte del bagaglio strutturale di risorse dell'individuo, e divenire uno dei diversi strumenti in grado di contrastare i suddetti impulsi.
- Fornire informazioni sulle diverse abitudini alimentari in base alle differenze individuali, la propria provenienza etnica / geografica e la cultura di riferimento.
- Accompagnare l'osservazione e il confronto tra le diverse modalità di utilizzare il cibo come regolatore emotivo: sapere che il proprio modo istintivo di reagire alle diverse emozioni non è universale ma personale, ma non per questo giusto o sbagliato, e imparare a tenerne conto nella propria vita di tutti i giorni può rivelarsi un prezioso strumento strategico, oltre che un valido elemento difensivo contro eventuali sintomi di disregolazione alimentare.
- Favorire una gestione e una modulazione consapevoli della propria gestione dell'alimentazione come regolatore emotivo.
- Trasmettere una serie di informazioni e concetti di base sui meccanismi nutrizionali e digestivi.

## ● METODOLOGIA

Dalla letteratura emerge come i programmi di intervento più efficaci siano quelli di **terza generazione**, che utilizzano un **approccio educativo interattivo ed esperienziale**<sup>69</sup> e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari.

### RIFERIMENTI

- <sup>59</sup> Bekker, M. H. J., & Spoor, S. T. P. (2008).
- <sup>60</sup> Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009).
- <sup>61</sup> Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010).
- <sup>62</sup> Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011).
- <sup>63</sup> Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., et al. (2012).
- <sup>64</sup> Perthes, K., Kirschbaum-Lesch, I., Legenbauer, T., Holtmann, M., Hammerle, F., & Kolar, D. R. (2021).
- <sup>65</sup> Sim, L., & Zeman, J. (2006).
- <sup>66</sup> Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010).
- <sup>67</sup> Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005).
- <sup>68</sup> Macht, M. (2008).
- <sup>69</sup> Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995).

Di contro, i programmi di prima generazione, che adottavano un approccio psicoeducativo/didattico, tendevano ad offrire informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Questi modelli sono certamente in grado di determinare un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).

I programmi di seconda generazione affrontano più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (es. gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso), mostrandosi efficaci nel ridurre alcuni di essi, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

Durante gli interventi di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare non è di primaria utilità fornire ai destinatari regole rigide riguardo ad alimentazione, quantità e qualità del cibo, calorie, intervalli tra i pasti, paura della sovralimentazione o della sottoalimentazione. Di contro, questo potrebbe potenzialmente configurarsi come iatrogeno, inducendo – seppur non intenzionalmente – potenziali *trigger* nell'utenza.

Sebbene sia frequente osservare che i bambini – condizionati da aspetti culturali che mettono sempre più al centro dell'attenzione la sana alimentazione e il culto del corpo magro – si interrogano circa tematiche legate alla giusta alimentazione, è opportuno accogliere i loro interrogativi, cercando al contempo di focalizzare la loro attenzione sulle variabili emotive correlate al nutrirsi, ponendo sempre grande attenzione a contrastare il rischio di comunicare loro che esista un modo aprioristicamente giusto o sbagliato di alimentarsi.

## ● STRUMENTI

Per ottenere il massimo dell'efficacia, gli strumenti cui è opportuno ricorrere per effettuare interventi di prevenzione ai DCA devono essere accattivanti e affini, come estetica ma anche come linguaggio, alla popolazione di alunni a cui ci si rivolge, in modo da risultare immediatamente comprensibili, stimolanti e coinvolgenti.

Tra gli strumenti più efficaci nell'attuare interventi di prevenzione ai DCA nelle scuole primarie, possiamo segnalare:

- Materiali audio-visivi;
- Stimoli colorati e attraenti, che coinvolgano la sensorialità;
- Attività ludiche;
- *Circle time*: gruppo di discussione a basso impatto gerarchico in cui tutti possono esprimere la propria opinione sotto la supervisione di un moderatore. Il suo compito è quello di tenere le redini della discussione facilitando il dibattito senza rinunciare mai alla sua autorità. A restare costanti sono soltanto le regole del gruppo, così come il luogo e il tempo da dedicare a ogni argomento<sup>70</sup>;
- *Cooperative learning*: metodo didattico che consiste nella suddivisione degli alunni in piccoli gruppi per il raggiungimento di un obiettivo comune. Nel portare a termine l'obiettivo, si favorisce l'apprendimento degli studenti attraverso l'aiuto reciproco, che porta a un miglioramento personale e a una maggiore capacità di collaborazione tra gli alunni. In questa cornice l'operatore assume un ruolo di moderatore e organizzatore delle attività, stimola l'impegno di ognuno e favorisce una buona armonia all'interno del gruppo di studenti. Per quanto riguarda gli obiettivi stabiliti, il conduttore degli interventi fa in modo che vengano raggiunti attraverso una condivisione di conoscenze e abilità da parte di tutti e tramite lo sviluppo di una buona capacità di risoluzione dei problemi (problem solving)<sup>71</sup>.

## RIFERIMENTI

<sup>70</sup> Francescato, D., Putton, A., & Cudini, S. (1986).

<sup>71</sup> Johnson, D. W., Johnson, R. T., & Holubec, E. J. (2015).



## ● MODALITÀ DI INTERVENTO

Al fine di ottenere il massimo dell'efficacia nella realizzazione di interventi di prevenzione ai DCA nella scuola primaria, si auspica la declinazione in molteplici incontri, con l'obiettivo di offrire agli alunni una progressione dei contenuti presentati e di stimolare riflessioni con il giusto tempo per essere interiorizzate ed elaborate – anche a questo scopo il modello si avvale del pieno coinvolgimento del corpo insegnante.

Per questa ragione, ciascun incontro dovrà essere predisposto al fine di segmentare il percorso di acquisizione di consapevolezza del profondo legame esistente tra emozioni, sensazioni e alimentazione.

A tal fine, è indispensabile prestare attenzione a diversi aspetti inestricabilmente implicati nella gestione di una classe:

### **Il linguaggio**

Con lo scopo di raggiungere gli alunni e conquistare il loro genuino interesse, è indispensabile adottare un linguaggio che sia congruo con le facoltà cognitive e linguistiche dei bambini cui ci si rivolge, ma anche con i loro interessi.

Gli operatori dovrebbero assicurarsi di conoscere gli interessi dominanti degli studenti a cui ci si rivolge: questo permette di trasmettere loro il reale interesse che li anima, avviando così una relazione di reciproca fiducia e attenzione.

È inoltre importante, per interventi in queste fasce di età, porre attenzione a non affrontare direttamente le aree di possibili patologie legate all'alimentazione. L'obiettivo è, infatti, raggiungere i bambini e focalizzare la loro consapevolezza sulle profonde dinamiche emotive e psicologiche sottostanti al come e quanto si mangia, e in questo momento evolutivo parlare di rischi, sintomatologia o diagnosi non solo svierebbe l'attenzione dell'auditorio, ma creerebbe inutili e controproducenti effetti reattivi.

### **Il rispetto delle tempistiche e la gestione della classe**

Affinché ogni incontro mantenga la sua efficacia, è importante che chi lo conduce si attenga alle tempistiche stabilite per ogni attività prevista. Tale pianificazione risulta calibrata in funzione della complessità dei contenuti che si è chiamati a condividere con gli alunni e della specificità di ogni attività in programma.

È verosimile aspettarsi che, in particolare durante i *circle-time* e i momenti di riflessione condivisa, il coinvolgimento degli alunni si moltiplichi esponenzialmente. In queste circostanze, è importante che il conduttore si attenga alle tempistiche previste, contenendo l'entusiasmo dei bambini coerentemente con una buona gestione del gruppo classe. Il contenimento, infatti, non deve implicare una netta cesura della discussione mediante l'introduzione di interventi "castranti", bensì canalizzare abilmente l'attenzione e il coinvolgimento della classe nella direzione delle molteplici attività proposte.

L'obiettivo del conduttore è che l'intera complessità della classe venga coinvolta, e che nessuno degli alunni nutra sentimenti di esclusione: a tal fine è fondamentale che presti attenzione a valorizzare in egual modo i contributi di tutti, evitando di gerarchizzare la qualità delle riflessioni offerte dai bambini. Per questo motivo, essendo comprensibilmente il conduttore assorbito dalla gestione dei contenuti espositivi, risulterà particolarmente utile il sostegno e contributo della figura dell'Osservatore (cfr. pag. 22), pensata proprio per assicurare che nessun alunno si isoli, si senta escluso, non ascoltato o non riesca ad esprimersi a pieno.

È spesso comune che bambini più estroversi e vivaci manifestino una maggiore propensione a

prendere la parola; tuttavia, è auspicabile che gli operatori preservino una equa attenzione alla classe, assicurandosi che tutti gli alunni – dai più espansivi ai più timidi – dispongano di uno spazio di espressione e condivisione dei propri contributi.

### **Introduzione degli strumenti**

L'introduzione di ciascuno strumento costituisce un momento di fondamentale importanza in questo modello di intervento preventivo ai DCA, dal momento che questi si configurano come la traduzione nel concreto della riflessione che gli operatori si accingono a stimolare. È dunque indispensabile che ogni attività – pratica o dialogata – venga presentata e spiegata dagli operatori, inquadrandola in una cornice esplicativa che le conferisca uno specifico senso e un obiettivo. Quest'ultimo deve essere chiaro nella mente di tutti gli interlocutori – dai destinatari diretti ai secondari – in modo da sostenere lo sviluppo di una riflessione in rete.

### **Conclusione dell'incontro**

La conclusione di ciascun incontro è un momento cruciale: non solo rappresenta un momento di sintesi e panoramica di ciò che si è affrontato nelle due ore appena concluse, ma è l'occasione per predisporre le basi da cui avviare l'incontro successivo, e per creare dunque una continuità tra gli incontri nella percezione degli alunni.

Per i conduttori la conclusione diventa, inoltre, anche un momento di verifica dell'efficacia di quanto esposto, ma anche un'occasione per osservare in che misura la classe è in grado di giungere autonomamente a una rielaborazione sintetica dei contenuti dell'incontro in un titolo conclusivo.

Al fine di sottolineare la continuità del percorso preventivo, un cartello colorato e giocoso [delle dimensioni di un cartoncino A3] con la sinossi conclusiva dell'incontro viene affissa in classe e ivi lasciata per le settimane che intercorrono fino all'incontro successivo, in modo che i bambini abbiano sempre di fronte a loro un indicatore di quanto affrontato sinora negli incontri effettuati.

## **● TECNICHE DI GESTIONE DEL GRUPPO CLASSE**

Ogni gruppo classe in cui viene attuato un intervento di prevenzione ai DCA è unico nelle proprie caratteristiche, dinamiche e peculiarità: è quindi necessario essere flessibili e pronti a gestire situazioni articolate ed improvvise, anche mediante l'utilizzo di alcune tecniche di gestione del gruppo.

Nelle classi particolarmente numerose, per esempio, spesso il confronto su tematiche di grande interesse e la discussione in gruppo suscitano negli alunni un'attivazione distraente, che rischia di ostacolare la buona riuscita dell'intervento. Per questa ragione, con i bambini della scuola primaria può, in queste circostanze, rivelarsi utile ricorrere a tecniche di rilassamento, cercando di inserirle nel contesto di un'attività ludica. Questo non solo permetterà di ridurre il livello di agitazione generale, ma anche di incrementare la capacità di attenzione e concentrazione dei bambini, così come la loro capacità di ascolto.

## **● INCONTRI DI RESTITUZIONE**

Al termine degli incontri di prevenzione è fondamentale poter restituire ai destinatari secondari del progetto quanto effettuato nel percorso. È indispensabile presentare concretamente i vari passaggi dell'intervento, nonché quanto emerso dai bambini – mediante esempi, foto e citazioni letterali.

In questo modo, non solo tutti gli interlocutori del progetto saranno informati riguardo a quanto

fatto e quanto emerso negli incontri nelle classi, ma si tenderà ad ampliare sempre più la conoscenza riguardo alla diretta connessione tra alimentazione e regolazione emotiva, troppo spesso poco conosciuta o data per scontata. L'ampliamento dello sguardo rivolto ai DCA, nella specificità dei moti emotivi che vi sottostanno, risiede nella possibilità di rafforzare una rete che coinvolga tutte le figure che gravitano attorno ai bambini, nel pieno del loro percorso evolutivo.

### ● EFFICACIA DELL'INTERVENTO

Cfr. pag. 20

### ● PROPOSTE FORMATIVE

Cfr. pag. 20

## 4. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI PRIMO GRADO

### ● DESTINATARI DIRETTI

I destinatari diretti dell'intervento sono ragazzi e ragazze di età compresa dagli 11 ai 13 anni.

Gli interventi saranno rivolti a tutti gli alunni della classe, indipendentemente dal loro genere, in quanto, come già specificato, i DCA non affliggono unicamente individui di genere femminile<sup>72</sup>, ma coinvolgono in misura sempre più cospicua anche il genere maschile.

### ● DESTINATARI INDIRETTI

Destinatari indiretti degli interventi di prevenzione ai DCA sono i genitori e le famiglie dei ragazzi, nonché i loro insegnanti.

L'importanza di coinvolgere i **genitori** nei programmi di prevenzione ai DCA si basa sulle seguenti considerazioni:

- nel corso della preadolescenza i ragazzi iniziano a mettere in discussione le figure genitoriali e in generale l'autorità degli adulti di riferimento, come passaggio evolutivamente necessario alla creazione di una propria identità<sup>73</sup>. Tale passaggio avviene tramite un graduale processo che si manifesta, in una prima fase, attraverso un'alternanza di movimenti di allontanamento e riavvicinamento alle figure parentali. Ciò che, all'interno di questa dinamica tra autonomizzazione e ritorno alla dipendenza, spinge i preadolescenti a tornare a riferirsi ai genitori è, generalmente, l'attivazione di un senso di smarrimento e timore che i ragazzi contattano quando le spinte di autonomia e indipendenza e, più in generale, il processo di crescita li conducono ad affrontare situazioni rispetto a cui sentono di non possedere ancora tutti gli strumenti necessari [potrebbe essere il caso, per esempio, della reazione a fronte dei primi cambiamenti puberali, ma anche dello sgomento a fronte di coetanei che manifestano sofferenza emotiva utilizzando il corpo quale canale di espressione, o più semplicemente di un generale senso di smarrimento all'interno di un nuovo contesto scolastico]. Per supportare i preadolescenti nel loro percorso di sviluppo, è di cruciale importanza che i genitori non solo riconoscano i movimenti di allontanamento dei figli come fisiologici e dunque non pericolosi, riuscendo di conseguenza ad accettarli e tollerarli, ma che al contempo si facciano trovare pronti e disponibili quando questi tornano ad avvicinarsi a loro.

Per supportare i figli preadolescenti in modo specifico sulle diverse tematiche variamente connesse con i DCA, i genitori dovrebbero poter disporre di conoscenze e strumenti, che possono essere appresi nel contesto di interventi di prevenzione di qualità.

Genitori informati e consapevoli possono svolgere un ruolo cruciale nel cogliere eventuali comportamenti a rischio e i primi segnali che devono far attivare una richiesta di aiuto.

#### RIFERIMENTI

<sup>72</sup> Hepworth, K. (2010).

<sup>73</sup> Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (2004).

Quanto al ruolo degli **insegnanti**, l'opportunità di coinvolgerli nei programmi di prevenzione si basa sulle seguenti considerazioni ed evidenze scientifiche:

- Per i preadolescenti il gruppo classe ha la funzione di un "contenitore psichico collettivo", al cui interno si costruisce l'identità adolescenziale e matura la competenza affettiva e cognitiva di ogni soggetto<sup>74</sup>. Affinché gli studenti possano fruire appieno di tale funzione, è importante che gli insegnanti siano consapevoli del valore e del significato che assume il contesto scolastico per potersene fare garanti. Parallelamente, è cruciale che abbiano conoscenza e consapevolezza dei compiti evolutivi tipici della preadolescenza, con particolare riferimento alla simbolizzazione dell'immagine corporea e dei rischi connessi al fallimento di tale compito di sviluppo: in questo modo lo sguardo degli insegnanti può costituirsi come strumento prezioso per cogliere tempestivamente la presenza di fattori di rischio e precoci manifestazioni di disagio.
- La possibilità di fruire di relazioni con adulti diversi dalle figure genitoriali rappresenta un fattore protettivo nello sviluppo di ogni sofferenza psicologica in età preadolescenziale e adolescenziale. Inoltre, in età preadolescenziale, un'esperienza scolastica positiva si configura come occasione preziosa di scambio affettivo e relazionale, e non solo come luogo di trasmissione delle informazioni e del sapere. In questo senso anche le figure genitoriali delegano alla scuola molte funzioni educative, di contenimento e di socializzazione rispetto ai bisogni affettivi e personali dei figli; i docenti sono generalmente consapevoli di questo cruciale mandato, impegnandosi nel tentativo di integrare le classiche funzioni scolastiche, fondate su dimensioni etiche, didattiche, formative e professionalizzanti, con le suddette funzioni educative, affettive e relazionali<sup>75</sup>.
- Partecipare a progetti di prevenzione ai DCA potrebbe fornire agli insegnanti delle scuole secondarie di primo grado strumenti e spunti per gestire nella quotidianità il contatto con preadolescenti che, anche qualora non presentino situazioni di particolare criticità che richiedano la segnalazione a professionisti, potrebbero riportare a vari livelli alcune difficoltà nell'adempiere ai propri compiti di sviluppo nel contesto odierno, che li vede costantemente esposti a modelli di perfezione e successo – anche attraverso i social media.
- Molti studi hanno evidenziato come il coinvolgimento degli insegnanti nella progettazione e nella co-conduzione dei programmi preventivi influisca sull'efficacia dell'intervento stesso<sup>76,77</sup>. In un progetto sperimentale italiano<sup>78</sup> i risultati sottolineano come, oltre a riportare buoni livelli di efficacia, il coinvolgimento degli insegnanti nella conduzione degli incontri abbia fornito la possibilità di creare una nuova occasione relazionale con gli alunni, in un clima di scambio e confronto differente dal quotidiano. La formazione e il coinvolgimento diretto degli insegnanti ha favorito inoltre una maggiore sensibilizzazione sul tema dei DCA e dell'obesità<sup>79</sup>, favorendo strumenti utili al riconoscimento di eventuali segnali di rischio tra gli allievi.

Per disporre della presenza di tali figure negli interventi di prevenzione, è dunque necessario coinvolgerli attivamente nelle attività che vengono proposte ai ragazzi.

Pertanto, gli interventi di prevenzione nelle classi delle scuole secondarie di primo grado devono prevedere che gli insegnanti:

- vengano coinvolti in una apposita e dettagliata formazione sul modello di prevenzione ai DCA, preventiva agli interventi in aula, in modo da essere preparati e consapevoli di quanto verrà esposto e messo in atto;

#### RIFERIMENTI

<sup>74</sup> Saottini, C. (2004).

<sup>75</sup> Lancini, M. (2004).

<sup>76</sup> Franko, D. L. (2001).

<sup>77</sup> Chamay-Weber, C., & Narring, F. (2006).

<sup>78</sup> Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastaso, P. (2005).

<sup>79</sup> Nel nostro lavoro non facciamo riferimento all'obesità quale patologia dell'alimentazione, dal momento che questa non è considerata nel DSM-5 tra i Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Quando, invece, ci riferiamo in generale a modalità poco funzionali di gestione dell'emotività attraverso l'alimentazione, non facciamo riferimento ad alcun tipo di etichetta diagnostica, in quanto l'attenzione è sulla dinamica e sul legame tra emotività e comportamento.

- durante gli interventi in classe prestino un ascolto attivo a quanto viene svolto in classe;
- per garantire continuità all'intervento potrebbero proporre attività didattiche a carattere volontario che permettano agli alunni di rielaborare e riflettere sulle tematiche connesse agli interventi.

Per quanto concerne le figure parentali, è importante prevedere e predisporre:

- il loro coinvolgimento in attività di condivisione sui contenuti degli interventi di prevenzione effettuati ed eventuali elementi specifici emersi;
- uno specifico spazio di riflessione sul tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare e di informazione su come chiedere aiuto e sulle strutture specializzate presenti sul territorio.

## ● CONDUTTORI

Gli incontri di prevenzione ai DCA effettuati nelle classi della scuola secondaria di primo grado dovrebbero essere condotti da operatori che abbiano già maturato esperienza nel lavoro con i preadolescenti e che abbiano così la capacità di entrare in relazione con loro:

- mostrando di conoscere i loro interessi – che comprensibilmente spesso costituiscono una sorta di “cultura di riferimento”;
- utilizzando linguaggi e riferimenti che sappiano coinvolgere i ragazzi e catturare il loro interesse;
- assumendo un ruolo di “mediatori”, ponendosi “dal punto di vista dello sviluppo – che non significa sostenere unilateralmente i bisogni del preadolescente, il suo benessere o la sua felicità, ma implica soprattutto la comprensione delle sue esigenze evolutive e delle sue motivazioni” (Giori, F., Maggiolini, A., Rivolta, S., 2004)<sup>80</sup>.

Inoltre, è particolarmente utile la figura di un osservatore all'interno di ogni intervento nelle classi – un professionista in formazione o un volontario – a cui è affidato il compito di osservare il gruppo di alunni, ponendosi in una posizione triangolare rispetto al gruppo-classe e ai conduttori. L'essere al contempo “dentro e fuori” a diversi livelli permette all'Osservatore di notare – e dunque poter evidenziare agli operatori che conducono l'incontro – eventuali dinamiche [spesso non immediatamente rilevabili, quando non impercettibili] che spesso si sviluppano durante l'incontro, nonché riportare verbalizzazioni e resoconti dettagliati su cui riflettere al termine dell'incontro.

## ● CONTESTO APPLICATIVO

Gli interventi di prevenzione si svolgono all'interno delle aule dell'istituto scolastico.

Anche con utenti preadolescenti e adolescenti, infatti, la scuola è il territorio privilegiato della prevenzione, poiché permette di valorizzare il gruppo classe come “soggetto psicologico ricco di potenzialità, capace per esempio di rappresentare un problema e di discutere i vissuti soggettivi e relazionali che lo caratterizzano. (...) È nota, infatti, l'importanza del gruppo in preadolescenza e adolescenza come sostegno al percorso di individuazione e come contesto di apprendimento emotivo fondamentale. La consapevolezza del valore che i ragazzi a questa età attribuiscono ai pensieri e alle emozioni del loro gruppo di riferimento suggerisce di valorizzarne le capacità espressive” (Giori, F., Maggiolini, A., Rivolta, S., 2004)<sup>81</sup>.

La scuola si configura dunque come contesto in grado di svolgere la funzione di contenitore sufficientemente strutturato e sicuro dei processi di rispecchiamento, identificazione e confronto

### RIFERIMENTI

<sup>80</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

<sup>81</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

che il preadolescente mette in atto nei confronti dei propri pari e dell'affettività in essi implicata. Per citare, tra i numerosi contributi in questa direzione, A. Maggiolini: "la scuola rappresenta un luogo che deve svolgere la funzione di uno spazio di rispecchiamento all'espressività dei ragazzi, uno spazio simbolico che abbia la funzione di una sorta di cassa di risonanza" (Maggiolini, A., 1990)<sup>82,83</sup>.

## ● DURATA DEGLI INTERVENTI

Gli interventi di prevenzione devono essere inseriti facilmente nel contesto dell'orario scolastico, con incontri multipli, della durata di circa due ore ciascuno e un intervallo di due settimane tra gli incontri.

Dovrebbero essere pianificati incontri di rinforzo, per mantenere e aumentare l'efficacia dell'intervento.

Al fine di mantenere attivi i contenuti degli interventi e facilitare la prosecuzione della riflessione intorno a essi, potrebbe essere utile proporre agli studenti il coinvolgimento volontario in attività didattiche interdisciplinari, da svolgere individualmente o in gruppo.

## ● OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale che un progetto di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare nelle classi della scuola secondaria di primo grado dovrebbe prefiggersi risiede nel sostegno di tutte quelle variabili che si configurano come fattori di protezione, tenendo in considerazione la fase evolutiva della popolazione cui si rivolge il progetto. A ciò si aggiunge naturalmente la considerazione di tutti quelli che potrebbero rappresentare fattori di rischio, così da pianificare un intervento repentino qualora si ravvisasse una degenerazione di questi ultimi.

## ● OBIETTIVI SPECIFICI

Nelle teorie della prevenzione in adolescenza si confrontano diverse prospettive. Secondo quelle basate principalmente sull'aumento di competenza occorre puntare, come strategia di prevenzione primaria, sull'aiuto che è fornito al preadolescente nel favorire la soluzione ai suoi problemi soprattutto migliorando le sue capacità di rendersi conto della loro natura e dunque di affrontarli con strategie alternative a quelle abitualmente utilizzate. Infatti, fra gli obiettivi generali della prevenzione in adolescenza vi è il rafforzamento della consapevolezza individuale e collettiva dei problemi evolutivi e l'incoraggiamento di comportamenti adeguati<sup>84</sup>.

Pertanto, i programmi di prevenzione ai DCA con utenti preadolescenti dovrebbero proporsi di:

- promuovere negli studenti l'acquisizione di una maggiore consapevolezza sullo stretto rapporto tra emotività e mondo interno da un lato e comportamenti alimentari e atteggiamento nei confronti dell'immagine corporea dall'altro;
- inquadrare il rapporto con l'alimentazione e con l'immagine corporea e le eventuali difficoltà a riguardo in una prospettiva evolutiva, favorendo la consapevolezza dei processi di trasformazione fisici e psichici caratteristici della preadolescenza e dei compiti di sviluppo di tale fase evolutiva;
- accompagnare i preadolescenti nel comprendere e di conseguenza poter gestire al meglio i complessi obiettivi tipici di questa fase di transizione evolutiva: ristrutturazione dell'identità corporea, autonomizzazione dalla famiglia e apertura a nuove forme di socialità, nella

## RIFERIMENTI

<sup>82</sup> Maggiolini, A. (1990).

<sup>83</sup> Maggiolini, A. (2003).

<sup>84</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

consapevolezza che – se non affrontati con consapevolezza – tali tematiche rischiano di trasformarsi in trigger di forme di disagio pericolose, di cui i DCA occupano spesso una posizione preminente.

Risulta inoltre cruciale in questa fase evolutiva promuovere l'allenamento all'ascolto e al riconoscimento delle proprie sensazioni corporee derivanti da stati emotivi e da stati fisici<sup>85</sup>.

Tale aspetto, oltre a risultare centrale nella prevenzione ai DCA, può anche svolgere un ruolo a livello più generale nel sostenere il preadolescente nel lungo e complesso adattamento ai cambiamenti puberali, che di frequente suscitano sgomento e preoccupazione<sup>86</sup>.

Altri obiettivi che un adeguato intervento di prevenzione ai DCA rivolto a studenti delle scuole secondarie di primo grado dovrebbe porsi sono:

- creare uno spazio di riflessione sui fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi alimentari (fattori culturali, pregiudizi su obesità e magrezza, ecc.);
- sensibilizzare genitori, insegnanti ed educatori sul tema delle problematiche alimentari;
- favorire il riconoscimento di indicatori che consentano diagnosi precoci e trattamenti tempestivi dei DCA durante la preadolescenza;
- intervenire prima della comparsa effettiva, in adolescenza, di quadri clinici complessi di un DCA;
- ridurre la richiesta di intervento da parte dei servizi sociosanitari nazionali.

## ● METODOLOGIA

Dalla letteratura emerge come i programmi di intervento risultati più efficaci siano quelli di **terza generazione**, che utilizzano un **approccio educativo interattivo ed esperienziale** e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari. Un approccio di questo tipo assume particolare valore alla luce delle ricerche nell'ambito della teoria sociale cognitiva<sup>87,88,89,90</sup> che evidenziano come tali modalità favoriscano un senso di *agency* e di autoefficacia negli studenti, che stimola il loro interesse e incrementa la motivazione<sup>91</sup>.

Di contro, i programmi di prima generazione, che adottano un approccio psicoeducativo/didattico, tendono a offrire informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Questi modelli hanno determinato un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).

I programmi di seconda generazione affrontano più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (per esempio, gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso), mostrandosi efficaci nel ridurre alcuni di essi, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

Durante gli interventi di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare non è di primaria utilità fornire ai destinatari regole rigide riguardo ad alimentazione, quantità e qualità del cibo, calorie, intervalli tra i pasti, paura della sovrinalimentazione o della sottoalimentazione.

## RIFERIMENTI

<sup>85</sup> Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., et al. (2021).

<sup>86</sup> Leonelli Langer L., & Campari E. (2004).

<sup>87</sup> Bandura, A. (1977).

<sup>88</sup> Bandura, A. (1995).

<sup>89</sup> Bandura, A. (1997).

<sup>90</sup> Bandura, A. (2000).

<sup>91</sup> Lancini, M. (2004).



Di contro, questo potrebbe potenzialmente configurarsi come iatrogeno, inducendo – seppur non intenzionalmente – potenziali *trigger*.

Sebbene sia frequente osservare che i ragazzi – condizionati da aspetti culturali che mettono sempre più al centro dell'attenzione la sana alimentazione e il culto del corpo magro – si interrogano circa tematiche legate alla giusta alimentazione, è opportuno accogliere i loro interrogativi cercando però di focalizzare la loro attenzione sulle variabili emotive correlate al nutrirsi, contrastando il rischio di comunicare loro che esista un modo aprioristicamente giusto o sbagliato di alimentarsi.

## ● STRUMENTI

Per ottenere il massimo dell'efficacia, gli strumenti che è opportuno utilizzare in interventi di prevenzione ai DCA in questa fase evolutiva devono essere fruibili, accattivanti e vicini alla realtà dei ragazzi, in modo da risultare coinvolgenti, stimolanti e immediatamente comprensibili per loro.

A fronte di tale considerazione è utile, per esempio, l'utilizzo di supporti digitali e materiali audiovisivi, che possono fungere da veicolo per trasmettere stimoli sui quali riflettere durante attività di *Circle time* o *Cooperative learning*.

L'educazione all'ascolto e al riconoscimento delle sensazioni corporee potrebbe realizzarsi attraverso il ricorso a esercizi di meditazione e mindfulness<sup>92,93</sup>.

## ● MODALITÀ DI INTERVENTO

Per ottenere il massimo dell'efficacia nella realizzazione degli interventi è opportuna la declinazione in molteplici incontri, al fine di offrire agli alunni una progressione dei contenuti presentati e di stimolare riflessioni con il giusto tempo per essere “digerite” ed elaborate – anche a questo scopo il modello si avvale del pieno coinvolgimento del corpo insegnante.

### Il linguaggio

Al fine di raggiungere gli alunni e conquistare il loro genuino interesse, è indispensabile adottare un linguaggio che sia congruo con le facoltà cognitive degli studenti a cui ci si rivolge, ma anche con i loro interessi.

Nel ciclo della scuola secondaria di primo grado, rivolgendosi a una fascia evolutiva di transizione, in cui gli alunni si trovano ad attraversare una vera e propria metamorfosi che li tragherà dall'infanzia all'adolescenza, gli operatori dovranno essere consapevoli del fatto che – soprattutto nelle classi di prima media, ma spesso anche nelle successive, seppure con proporzioni diverse – è probabile che nel gruppo classe saranno presenti molti soggetti ancora “bambini” accanto ad alcuni compagni già più avanti nel processo evolutivo. Sarà dunque particolarmente importante che il linguaggio adottato sia in grado di rivolgersi ad entrambe le fasce evolutive, senza risultare inappropriato e fuori contesto.

Gli operatori dovrebbero assicurarsi di conoscere gli interessi dominanti degli studenti di ogni classe di età: questo permette di trasmettere loro il reale interesse che li anima, avviando così una relazione di reciproca fiducia e attenzione.

A differenza di quanto succede per gli interventi di prevenzione ai DCA nel ciclo della scuola

## RIFERIMENTI

<sup>92</sup> Godsey J. (2013).

<sup>93</sup> Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014).

primaria, in quella secondaria di primo grado sarà importante e necessario cominciare ad affrontare l'area delle varie forme patologiche connesse all'alimentazione, prestando naturalmente grande cura nel declinare tali interventi in conformità con il livello di evoluzione di ogni classe.

Quando si affrontano eventuali aspetti patologici nel rapporto con il cibo è cruciale scegliere accuratamente le parole e le informazioni da condividere. Questo aspetto viene di seguito declinato attraverso ulteriori specifiche:

- 1. Rendere il discorso generale, evitando di scendere nel dettaglio.** Che si tratti di un professionista che riporta dati di natura clinica o di una persona che racconta la propria esperienza, è importante valutare al meglio le informazioni da condividere. Considerando che l'obiettivo degli interventi è quello di informare, ma anche di sensibilizzare, più che su dettagli di natura quantitativa (per esempio, peso, BMI<sup>94</sup>, calorie, porzioni) o comportamentale (per esempio elencare nel dettaglio i mezzi di compensazione), risulta di maggiore utilità focalizzarsi su vissuti, stati d'animo e possibili pensieri (il tutto, anche in questo caso, scelto con cura e attenzione) che possono portare le persone ad agire in modi disfunzionali. Si può articolare il discorso non solo facendo riferimento a esperienze specifiche, ma anche e soprattutto richiamando dati provenienti dalla letteratura, da manuali o libri, spunti cinematografici e così via.
- 2. Evitare l'utilizzo di stereotipi** e, anzi, sviluppare una spiegazione che vada a scardinarli. "Chi soffre di Anoressia Nervosa è sottopeso e non mangia nulla" – "Chi soffre di Binge Eating Disorder è un 'mangione' che non sa autoregolarsi" – "Chi soffre di DCA cerca attenzione" ecc... Queste espressioni, oltre a rappresentare "falsi miti", non fanno altro che alimentare una visione stereotipata e stigmatizzante di queste malattie. L'operatore deve dunque aver cura del modo in cui si esprime per evitare di incappare in pericolosi stereotipi e cercare di favorire negli alunni una riflessione volta a scardinare eventuali preconcetti o pregiudizi sui DCA.
- 3. L'importanza delle parole e della scelta delle tematiche:** quando vengono trasmessi dati e informazioni sui DCA, è fondamentale avere sempre in mente la complessità delle tematiche che si stanno affrontando. Questo significa non solo scegliere con cura le parole, ma anche i concetti da approfondire.

**È preferibile evitare di citare aspetti potenzialmente trigger a tutela degli alunni.** I fattori scatenanti sono elementi in grado di attivare ricordi o sensazioni relativi alla propria esperienza e ai propri vissuti traumatici e possono variare da persona a persona. È per questo dunque che diventa fondamentale optare per una narrazione consapevole, cauta e attenta a questi aspetti.

Si sa inoltre che fornire informazioni dettagliate relative a sintomi e comportamenti disfunzionali tipici di chi soffre di DCA rischia di suscitare una tendenza all'emulazione e al confronto, che potrebbe verosimilmente dar vita o alimentare circoli viziosi potenzialmente rischiosi in grado di incentivare lo sviluppo e/o il mantenimento di Disturbi Alimentari<sup>95,96</sup>.

Gli elementi trigger più comuni, dunque da evitare accuratamente in interventi di prevenzione ai DCA:

- dettagli relativi a piani dietetici restrittivi;
- calorie degli alimenti;
- composizione in macronutrienti degli alimenti;
- quantitativo di calorie che una persona assume durante una giornata: questo porta a fare confronti e a innescare meccanismi di competizione;

#### RIFERIMENTI

<sup>94</sup> Body Mass Index, ovvero Indice di Massa Corporea.

<sup>95</sup> O'Dea, J. A. (2005).

<sup>96</sup> Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., & Fairburn, C. G. (1997).

- il peso e il BMI: rappresentano elementi di forte difficoltà per chi sta sperimentando un DCA, in quanto tende a identificarsi con queste misure;
- foto di corpi emaciati: chi soffre di un DCA di fronte a tali immagini può accentuare la sua difficoltà nel percepirsi in modo oggettivo, dal momento che l'immagine che ha di sé è già spesso distorta;
- autolesionismo: può rappresentare un elemento che si accompagna alla sofferenza di un DCA;
- criteri diagnostici dettagliati con relative indicazioni rispetto al peso e al BMI;
- riferimenti a caratteristiche, comportamenti, routine specifiche di un determinato disturbo;
- riferimenti alle ore di attività sportiva svolte e alle calorie consumate.

Un aspetto importante da avere in mente è che la cura nella scelta delle parole e delle tematiche da trattare non deve e non vuole rappresentare una sorta di censura. L'obiettivo quindi non è tanto quello di omettere, quanto quello di imparare a trattare il tema dei DCA nel modo più funzionale possibile agli obiettivi del percorso preventivo nelle scuole.

**4. Il modo con cui si comunica fa la differenza.** In generale, nella comunicazione esistono due livelli, uno di contenuto (che risponde alla domanda: "Cosa si sta comunicando?") e uno di relazione (che risponde alla domanda: "In che modo si sta comunicando?"). Tenere a mente questo aspetto è fondamentale poiché aiuta l'operatore non solo nella scelta di cosa dire, ma anche in quella di *come* dirlo. Se, per esempio, durante un incontro viene posta una domanda specifica sulle calorie o sul peso che, come detto in precedenza, sono tematiche particolarmente delicate, come l'operatore risponde risulta estremamente significativo: dovrà infatti farlo con la consapevolezza del fatto che si tratta di una tematica potenzialmente pericolosa e trovare quindi il miglior modo di trattarla, con l'obiettivo di tutelare la platea a cui si rivolge.

Questo può significare, per esempio, evitare di fornire indicazioni numeriche e focalizzarsi maggiormente sul significato che possono assumere le calorie o il peso nelle persone affette da un DCA, non dimenticando che lo stesso dato o cifra numerica può avere significati totalmente diversi per chi soffre di un disturbo restrittivo rispetto a chi manifesta una disregolazione alimentare. Anche in questo caso dunque sarà fondamentale tenere in considerazione ed illustrare più prospettive per offrire una risposta completa ed efficace.

#### ● **TECNICHE DI GESTIONE DEL GRUPPO CLASSE**

Ogni gruppo classe in cui viene attuato un intervento di prevenzione ai DCA è unico nelle proprie caratteristiche, dinamiche e peculiarità: è quindi necessario essere flessibili e pronti a gestire situazioni articolate e improvvise, anche mediante l'utilizzo di alcune tecniche di gestione del gruppo. Per esempio, il conduttore potrebbe trovarsi a dover arginare interventi troppo personali, riportandoli nel quadro del lavoro collettivo, utilizzando esempi e codici di lettura utili per favorire vissuti di accomunamento o di differenziazione.

#### ● **INCONTRI DI RESTITUZIONE**

Al termine degli incontri di prevenzione è fondamentale poter restituire ai destinatari secondari del progetto quanto effettuato nel percorso. È indispensabile presentare concretamente i vari passaggi dell'intervento, nonché quanto emerso - mediante esempi, foto e citazioni letterali.

In questo modo, non solo tutti gli interlocutori del progetto saranno informati riguardo a quanto emerso dagli incontri nelle classi, ma si amplierà la conoscenza riguardo alla tematica in oggetto, di frequente banalizzata e stigmatizzata, quando non addirittura negata. L'ampliamento dello sguardo rivolto ai Disturbi del Comportamento Alimentare, nella specificità dei moti emotivi che vi sottostanno, risiede nella possibilità di rafforzare una rete che coinvolga tutte le figure che gravitano attorno ai ragazzi che, sempre più esposti a messaggi, immagini e modelli

potenzialmente pericolosi mentre attraversano la delicata fase evolutiva che richiede loro la simbolizzazione della propria immagine corporea, possono giovare del contatto con adulti di riferimento e pari che fungano da modelli di identificazione positivi, li sostengano nel loro percorso di sviluppo e sappiano cogliere eventuali segnali di disagio.

### ● EFFICACIA DELL'INTERVENTO

Cfr. pag. 20

### ● PROPOSTE FORMATIVE

Cfr. pag. 20

# 5. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO

## ● DESTINATARI DIRETTI

I destinatari diretti dell'intervento sono ragazzi e ragazze di età compresa tra i 14 e i 19 anni.

Gli interventi saranno rivolti a tutti gli alunni della classe, indipendentemente dal loro genere, in quanto, come è noto, i DCA non affliggono solamente individui di genere femminile<sup>97</sup>, ma coinvolgono in misura sempre più cospicua anche i maschi.

## ● DESTINATARI INDIRETTI

Destinatari indiretti degli interventi sono i genitori e le famiglie degli alunni, i loro insegnanti e gli studenti delle classi non direttamente coinvolte nel programma.

I ragazzi destinatari degli interventi di prevenzione effettuati nelle scuole secondarie di secondo grado si trovano nella fase evolutiva dell'adolescenza, un'epoca di sviluppo contigua a quella immediatamente precedente della preadolescenza: per questo, le ragioni teoriche che motivano il coinvolgimento di insegnanti e genitori negli interventi di prevenzione sono in parte sovrapponibili a quelle precedentemente esposte (cfr. pagg. 28-30).

L'importanza di coinvolgere i **genitori** nei programmi di prevenzione ai DCA si basa sulle seguenti considerazioni:

- In adolescenza, il rapporto con le figure genitoriali riveste un ruolo centrale: insieme ai cambiamenti corporei, è proprio la necessità di ristrutturare il rapporto con i genitori per costruire un'identità autonoma che organizza i compiti evolutivi e i relativi conflitti di questa fase del ciclo di vita<sup>98</sup>. Di frequente, tale processo si manifesta con comportamenti apertamente ribelli e provocatori da parte degli adolescenti, o, viceversa, con atteggiamenti di chiusura e ritiro dalla relazione con i genitori. I genitori, così, percependo i figli adolescenti come sfidanti o inaccessibili, potrebbero pensare di non essere da loro riconosciuti come figure di riferimento e per questo sottovalutare il proprio ruolo di sostegno emotivo ai processi di sviluppo dei figli. L'adolescenza, infatti, non sancisce il termine della relazione di dipendenza dai genitori ma, piuttosto, impone la necessità di ridefinire distanze relazionali e modalità comportamentali che consentano a genitori e figli di relazionarsi tra loro in modo congruo ai bisogni di sviluppo di ciascuno. Affinché i genitori riescano a porsi quali figure di riferimento e sostegno, senza contro-agire i comportamenti di rifiuto dei figli, o adottare modalità intrusive, è importante **renderli consapevoli dei processi di sviluppo affettivo che organizzano la fase adolescenziale**. In questo modo, i genitori possono riconoscere i movimenti di allontanamento dei figli come evolutivi e dunque non pericolosi, riuscendo di conseguenza ad accettarli e a tollerarli, facendosi al contempo trovare pronti e disponibili quando questi tornano ad avvicinarsi a loro.
- Per supportare i figli adolescenti in modo specifico sulle diverse tematiche variamente connesse con i DCA, i genitori dovrebbero poter **disporre di conoscenze e strumenti**, che possono essere appresi nel contesto di interventi di prevenzione di qualità.

## RIFERIMENTI

<sup>97</sup> Hepworth, K. (2010).

<sup>98</sup> Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A. (2014).

- Genitori informati e consapevoli possono svolgere un ruolo cruciale nel **cogliere eventuali comportamenti a rischio e i primi segnali** che devono far attivare una richiesta di aiuto.

Quanto al ruolo degli **insegnanti**, l'opportunità di coinvolgerli nei programmi di prevenzione si basa sulle seguenti considerazioni ed evidenze scientifiche:

- In adolescenza, il gruppo dei pari ha la funzione di un "contenitore psichico collettivo", al cui interno si costruisce l'identità adolescenziale e matura la competenza affettiva e cognitiva di ogni soggetto (Saottini, 2004)<sup>99</sup>. Affinché gli studenti possano fruire appieno di tale funzione all'interno del gruppo classe, è importante che gli insegnanti siano consapevoli del valore e del significato che assume il contesto scolastico per potersene fare garanti.
- Parallelamente, è cruciale che gli insegnanti abbiano conoscenza e consapevolezza dei compiti evolutivi tipici della preadolescenza, con particolare riferimento alla simbolizzazione dell'immagine corporea e dei rischi connessi al fallimento di tale compito di sviluppo: in questo modo, lo sguardo degli insegnanti può costituirsi come strumento prezioso per cogliere tempestivamente la presenza di fattori di rischio e precoci manifestazioni di disagio.
- Partecipare a progetti di prevenzione ai DCA potrebbe fornire agli insegnanti delle scuole secondarie di secondo grado strumenti e spunti per gestire nella quotidianità il contatto con adolescenti che, anche qualora non presentino situazioni di particolare criticità che richiedano la segnalazione a professionisti, potrebbero riportare a vari livelli alcune difficoltà nell'adempiere ai propri compiti di sviluppo nel contesto odierno, che li vede costantemente esposti a modelli di perfezione e successo – anche attraverso i *social media*. Acquisendo maggiore consapevolezza circa la peculiarità del rapporto con il corpo in adolescenza, per esempio, gli insegnanti potrebbero sviluppare una maggiore sensibilità nei confronti di eventuali modalità comportamentali disfunzionali (commenti inopportuni sulla fisicità o sulle abitudini alimentari), assumendo la potenzialità di costituirsi come risorsa preziosa nel sostegno al percorso evolutivo degli studenti. Infatti, la possibilità di fruire di relazioni con adulti diversi dalle figure genitoriali e familiari rappresenta un fattore protettivo nello sviluppo di ogni sofferenza psicologica in età adolescenziale.
- Molti studi hanno evidenziato come il coinvolgimento degli insegnanti nella progettazione e nella co-conduzione dei programmi preventivi influisca positivamente sull'efficacia dell'intervento stesso. In un progetto sperimentale italiano<sup>100</sup> i risultati sottolineano come, oltre a riportare buoni livelli di efficacia, il coinvolgimento degli insegnanti nella conduzione degli incontri abbia fornito la possibilità di creare una nuova occasione relazionale con gli alunni, in un clima di scambio e confronto differente dal quotidiano. La formazione e il coinvolgimento diretto degli insegnanti ha favorito inoltre una maggiore sensibilizzazione sul tema dei DCA e dell'obesità<sup>101</sup>, favorendo strumenti utili al riconoscimento di eventuali segnali di rischio tra gli allievi.

Per disporre della presenza di tali figure negli interventi di prevenzione è dunque necessario coinvolgerle attivamente nelle attività che vengono proposte ai ragazzi.

Pertanto, gli interventi di prevenzione nelle classi delle scuole secondarie di secondo grado devono prevedere che gli insegnanti:

- vengano coinvolti in una apposita e dettagliata formazione sul modello di prevenzione ai DCA, preventiva agli interventi in aula, in modo da essere preparati e consapevoli di quanto verrà esposto e messo in atto;
- durante gli interventi prestino un ascolto attivo a quanto viene svolto in classe;
- per garantire continuità all'intervento, potrebbero proporre attività didattiche o progetti

#### RIFERIMENTI

<sup>99</sup> Saottini, C. (2004).

<sup>100</sup> Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastaso, P. (2005).

<sup>101</sup> Nel nostro lavoro non facciamo riferimento all'obesità quale patologia dell'alimentazione, dal momento che questa non è considerata nel DSM-5 tra i Disturbi nella nutrizione e dell'alimentazione. Quando, invece, ci riferiamo in generale a modalità poco funzionali di gestione dell'emotività attraverso l'alimentazione, non facciamo riferimento ad alcun tipo di etichetta diagnostica, in quanto l'attenzione è sulla dinamica e sul legame tra emotività e comportamento.

interdisciplinari a carattere volontario, che consentirebbero agli alunni di rielaborare in modo attivo e continuare a riflettere sulle tematiche connesse agli interventi (previa convenzione, inoltre, potrebbe essere possibile validare queste ore come attività per il riconoscimento dei PCTO<sup>102</sup>).

Per quanto concerne le figure parentali, è importante prevedere e predisporre:

- il loro coinvolgimento in attività di condivisione sui contenuti degli interventi di prevenzione effettuati ed eventuali elementi specifici emersi;
- uno specifico spazio di riflessione sul tema dei DCA e di informazione relativamente a come chiedere aiuto e alle strutture presenti sul territorio.

Come già anticipato, **il gruppo dei pari** riveste un'importanza fondamentale; se nell'età della preadolescenza le differenze individuali nei tempi di maturazione possono collocare i ragazzi di una stessa classe in punti differenti lungo il percorso evolutivo verso l'adolescenza, alle scuole superiori le asincronie di sviluppo tendono ad assottigliarsi e, in tale ambito, il gruppo dei pari ha un ruolo estremamente pregnante per tutti gli alunni.

Parte fondamentale del processo di costruzione identitaria è, infatti, l'identificazione con i pari e l'investimento emotivo nel gruppo da essi formato. Identificarsi e confrontarsi con coetanei coinvolti nelle medesime profonde trasformazioni, permette all'adolescente di "rendere pensabile il travaglio della crescita, sostenendo la trasformazione psichica del Sé infantile in Sé adulto, accompagnando un cambiamento nella visione di sé e delle proprie relazioni con il mondo"; in questo senso, il gruppo dei pari "fornisce sicurezza emotiva e sostegno all'autostima" (Saottini, 2004)<sup>103</sup>. Inoltre, poiché al suo interno si sperimenta in nuove abilità e ruoli sociali, il gruppo dei pari aiuta l'adolescente a "sviluppare diverse abilità sociali e affettivo-cognitive, tra le quali la competenza riflessiva, poiché favorisce la conoscenza di stati emotivi appropriati ai ruoli" (Saottini, 2004)<sup>104</sup>.

Per questi motivi, in adolescenza il gruppo dei pari assume la potenzialità di configurarsi quale facilitatore per l'instaurarsi di processi positivi.

Nell'ambito di interventi di prevenzione effettuati nelle scuole secondarie di secondo grado, tali riflessioni rendono evidente la necessità di riflettere sul ruolo di "destinatari indiretti" rivestito dagli alunni delle classi non direttamente coinvolte negli interventi. Essi, infatti, possono beneficiare degli interventi se coinvolti, successivamente, in momenti di rielaborazione e presentazione del percorso svolto dagli alunni destinatari degli interventi, che assumerebbero nei loro confronti il ruolo di "peer educators" (per esempio, nell'ambito di un evento di fine anno, nel corso di un'assemblea di istituto, o all'interno di un percorso di PCTO).

## ● CONDUTTORI

Gli incontri di prevenzione ai DCA effettuati nelle classi della scuola secondaria di secondo grado dovrebbero essere condotti da operatori che abbiano già maturato esperienza nel lavoro con gli adolescenti e che abbiano così la capacità di entrare in relazione con loro:

- mostrando di conoscere i loro interessi – che comprensibilmente spesso costituiscono una sorta di "cultura di riferimento";
- utilizzando linguaggi e riferimenti che – pur trattando i temi scelti con puntualità e precisione, rifacendosi a nozioni scientificamente valide e provenienti da fonti affidabili – sappiano coinvolgere i ragazzi e catturare il loro interesse;
- assumendo un ruolo di "mediatori", ponendosi dal punto di vista dello sviluppo – che non significa sostenere unilateralmente i bisogni dell'adolescente, il suo benessere o la sua

### RIFERIMENTI

<sup>102</sup> Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento.

<sup>103</sup> Saottini, C. (2004).

<sup>104</sup> Saottini, C. (2004).

felicità, ma implica soprattutto la comprensione delle sue esigenze evolutive e delle sue motivazioni.

In questo modo, gli operatori favoriscono la partecipazione e il coinvolgimento degli alunni nell'ambito di un clima d'aula favorevole, che riesca a coinvolgere i ragazzi e a farli sentire a loro agio nell'esprimere considerazioni personali riguardo a quanto trattato durante gli interventi.

Nel corso degli interventi, è importante che l'operatore si faccia garante di un monitoraggio costante del mantenimento di tali condizioni. Nelle classi delle scuole secondarie di secondo grado, infatti, è frequente entrare in contatto:

- con alunni poco interessati alle proposte extra curriculari, che tendono a distrarsi e a "trascinare con sé" i compagni;
- con ragazzi particolarmente spigliati che intervengono di frequente, tendendo a "riempire tutto lo spazio";
- con studenti, al contrario, particolarmente inibiti che temono il giudizio altrui e per questo faticano a esprimere il proprio punto di vista.

È dunque importante che nel corso degli incontri l'operatore monitori l'andamento delle varie attività, proponendole in una modalità interattiva, che rispetti i tempi di ognuno e richieda feedback ai partecipanti.

Infine, l'operatore deve considerare che nelle scuole secondarie di secondo grado è frequente entrare in contatto con alunni che hanno già sviluppato un DCA e che, per questo, possono essere particolarmente sensibili alle tematiche trattate. I conduttori degli interventi devono, dunque, informarsi in tal senso presso i docenti precedentemente all'avvio degli incontri, così da costruire un intervento *ad hoc* per quello specifico gruppo classe. È importante, infatti, che siano rispettate la storia e la sensibilità della persona eventualmente affetta da DCA, senza farla sentire eccessivamente esposta. A tal fine, gli operatori devono prestare particolare attenzione anche *in itinere*, osservando le reazioni della persona alle diverse attività proposte e, al contempo, osservando accuratamente le dinamiche di gruppo.

## ● CONTESTO APPLICATIVO

Gli interventi di prevenzione si svolgono all'interno delle aule dell'istituto scolastico.

Anche con utenti adolescenti, infatti, la scuola è il contesto privilegiato degli interventi di prevenzione, poiché permette di valorizzare il gruppo classe come "soggetto psicologico ricco di potenzialità, capace per esempio di rappresentare un problema e di discutere i vissuti soggettivi e relazionali che lo caratterizzano. (...) È nota, infatti, l'importanza del gruppo in preadolescenza e adolescenza come sostegno al percorso di individuazione e come contesto di apprendimento emotivo fondamentale. La consapevolezza del valore che i ragazzi a questa età attribuiscono ai pensieri e alle emozioni del loro gruppo di riferimento suggeriscono di valorizzarne le capacità espressive" (Giori, F., Maggiolini, A., Rivolta, S., 2004)<sup>105</sup>.

La scuola si configura dunque come contesto in grado di svolgere la funzione di contenitore sufficientemente strutturato e sicuro dei processi di rispecchiamento, identificazione e confronto che l'adolescente mette in atto nei confronti dei propri pari e dell'affettività in essi implicata. Per citare, tra i numerosi contributi in questa direzione, A. Maggiolini, «la scuola rappresenta un luogo che deve svolgere la funzione di uno spazio di rispecchiamento all'espressività dei ragazzi, uno spazio simbolico che abbia la funzione di una sorta di cassa di risonanza» (Maggiolini, 1990)<sup>106,107</sup>.

### RIFERIMENTI

<sup>105</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

<sup>106</sup> Maggiolini, A. (1990).

<sup>107</sup> Maggiolini, A. (2003).



## ● DURATA DEGLI INTERVENTI

Gli interventi possono avere una durata variabile e, sulla base delle ore a disposizione, può essere predisposta una struttura *ad hoc* (incontro singolo dalla durata di due ore; incontro svolto durante le assemblee di istituto o attività di autogestione/cogestione; incontri multipli che si svolgono nell'arco di settimane o mesi). In ogni caso, gli interventi di prevenzione devono essere inseriti facilmente nel contesto dell'orario scolastico. Può essere previsto tuttavia, se necessario e possibile, lo svolgimento di attività anche nell'orario pomeridiano.

Al fine di mantenere attivi i contenuti degli interventi e facilitare la prosecuzione della riflessione intorno ad essi, potrebbe essere utile proporre agli studenti il coinvolgimento volontario in attività didattiche interdisciplinari – da svolgere individualmente o in gruppo – che possono essere strutturate in maniera congiunta da insegnanti e professionisti.

## ● OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale che un progetto di prevenzione ai DCA nelle classi della scuola secondaria di secondo grado dovrebbe prefiggersi risiede nel sostegno di tutte quelle variabili che si configurano come fattori di protezione, tenendo in considerazione la fase evolutiva della popolazione cui si rivolge il progetto. A ciò si aggiunge naturalmente la considerazione di tutti quelli che potrebbero rappresentare fattori di rischio, così da pianificare un intervento repentino qualora si ravvisasse una degenerazione di questi ultimi.

Negli interventi rivolti a utenti adolescenti, la finalità preventiva sembra dover passare anche attraverso un'azione informativa da parte di operatori qualificati. Infatti, l'enorme diffusione dei DCA in età adolescenziale e giovanile, unitamente al massiccio utilizzo che gli adolescenti fanno dei *social network*, pone i ragazzi delle scuole superiori nella condizione di entrare in contatto con numerose informazioni circa tali patologie. Poiché tali informazioni – fruite, appunto, attraverso i *social network* o il confronto con coetanei – sono spesso inesatte o utilizzate in modo poco consapevole, rischiano di essere distorte, finendo, talvolta, per suscitare importanti reazioni emotive e favorire processi di stigmatizzazione o, viceversa, idealizzazione dei DCA. Fornire allora agli adolescenti informazioni adeguate circa i DCA, con particolare attenzione alla modalità con cui si espongono determinate tematiche (cfr. pagg. 44-46), può consentire di "riscrivere la narrativa intorno ai DCA", configurandosi come fattore protettivo rispetto all'innescarsi di tali processi. Il linguaggio, infatti, contribuisce a costruire la conoscenza della realtà, dando forma al pensiero e al modo in cui facciamo esperienza del mondo<sup>108</sup>.

## ● OBIETTIVI SPECIFICI

Nelle teorie della prevenzione in adolescenza si confrontano diverse prospettive. Secondo quelle basate principalmente sull'aumento di competenza occorre puntare, come strategia di prevenzione primaria, sull'aiuto che è fornito al adolescente nel favorire la soluzione ai suoi problemi soprattutto migliorando le sue capacità di rendersi conto della loro natura e dunque di affrontarli con strategie alternative a quelle abitualmente utilizzate. Infatti, fra gli obiettivi generali della prevenzione in adolescenza vi è il rafforzamento della consapevolezza individuale e collettiva dei problemi evolutivi e l'incoraggiamento di comportamenti adeguati<sup>109</sup>.

Pertanto, i programmi di prevenzione ai DCA con utenti adolescenti dovrebbero proporsi di:

- promuovere negli studenti l'acquisizione di una maggiore consapevolezza sullo stretto rapporto tra emotività e mondo interno da un lato e comportamenti alimentari e atteggiamento nei confronti dell'immagine corporea dall'altro;

## RIFERIMENTI

<sup>108</sup> Lalumera, E. (2013).

<sup>109</sup> Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004).

- inquadrare il rapporto con l'alimentazione e con l'immagine corporea e le eventuali difficoltà a riguardo in una prospettiva evolutiva, favorendo la consapevolezza dei processi di trasformazione fisici e psichici caratteristici dell'adolescenza e dei compiti di sviluppo di tale fase evolutiva;
- accompagnare gli adolescenti nel comprendere e di conseguenza poter gestire al meglio i complessi obiettivi tipici di questa fase di transizione evolutiva: ristrutturazione dell'identità corporea, autonomizzazione dalla famiglia e apertura a nuove forme di socialità, nella consapevolezza che – se non affrontati con consapevolezza – tali tematiche rischiano di trasformarsi in trigger di forme di disagio pericolose, di cui i DCA occupano spesso una posizione preminente.

Risulta inoltre cruciale in questa fase evolutiva promuovere l'allenamento all'ascolto e al riconoscimento delle proprie sensazioni corporee derivanti da stati emotivi e da stati fisici<sup>110</sup>. Tale aspetto, oltre a risultare centrale nella prevenzione ai DCA, può anche svolgere un ruolo a livello più generale nel sostenere l'adolescente nel lungo e complesso adattamento ai cambiamenti corporei e nella loro simbolizzazione.

A fronte di quanto precedentemente evidenziato rispetto all'importanza di fornire agli adolescenti informazioni adeguate rispetto ai DCA e alle tematiche ad essi connesse, si elencano di seguito i temi che sarebbe opportuno trattare:

- informazioni generali sui DCA<sup>111</sup>;
- principi di Educazione Alimentare<sup>112</sup>;
- principi di Educazione all'utilizzo dei *Social Media*<sup>113,114,115</sup>;
- principi di Comunicazione Efficace<sup>116,117</sup>;
- il tema del corpo e dell'immagine di sé<sup>118,119</sup>;
- principi di Educazione al riconoscimento e alla gestione delle emozioni<sup>120,121</sup>;
- il tema del profondo, ma allo stesso tempo poco evidente, legame tra emotività e alimentazione;
- il concetto di autostima e autoefficacia<sup>122,123</sup>;
- informazioni e riflessioni sul background culturale che ha determinato le attuali convinzioni e credenze sul mondo dell'alimentazione, del fitness e del corpo;
- riflessioni sul concetto di standard e sul tema del perfezionismo;
- riflessioni sul tema del corpo connesso al senso di autostima e al valore personale di ogni individuo;
- riflessioni sulla relazione tra mondo reale e mondo virtuale (in che modo queste due realtà si influenzano tra loro e influenzano i singoli individui?).

#### RIFERIMENTI

- <sup>110</sup> Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., et al. (2021).
- <sup>111</sup> Ruocco, G., Andrioli Stagno, R., Ballardini, D., Cotugno, A., Dalla Ragione, L., Dalle Grave, R., et al. (2017).
- <sup>112</sup> Ulian, M. D., Gualano, B., Benatti, F. B., de Campos-Ferraz, P. L., Coelho, D., Roble, O. J., Sabatini, F., et al. (2017).
- <sup>113</sup> Bardone-Cone, A. M., & Cass, K. M. (2006).
- <sup>114</sup> Lancini, M. (2019).
- <sup>115</sup> Lancini, M., & Madeddu, F. (2014).
- <sup>116</sup> Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. A. (1971).
- <sup>117</sup> Borzacchiello, P. (2021).
- <sup>118</sup> Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008).
- <sup>119</sup> Stice, E., Presnell, K., Gau, J., & Shaw, H. (2007).
- <sup>120</sup> Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002).
- <sup>121</sup> Legenbauer, T., Vocks, S., & Rüdgel Heinz. (2008).
- <sup>122</sup> Andershed, A. (2013).
- <sup>123</sup> Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021).

Altri obiettivi che un adeguato intervento di prevenzione ai DCA rivolto a studenti delle scuole secondarie di secondo grado dovrebbe porsi sono:

- creare uno spazio di riflessione su alcuni fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi alimentari (fattori culturali, pregiudizi su sovrappeso e magrezza, ecc.);
- sensibilizzare genitori e insegnanti sul tema delle problematiche alimentari;
- favorire il riconoscimento di indicatori che consentano diagnosi precoci dei DCA e interventi tempestivi;
- ridurre la richiesta di intervento da parte dei servizi sociosanitari nazionali.

## ● METODOLOGIA

Dalla letteratura emerge come i programmi di intervento risultati più efficaci siano quelli di **terza generazione**, che utilizzano un **approccio educativo interattivo ed esperienziale** e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari. Un approccio di questo tipo assume particolare valore alla luce delle ricerche nell'ambito della teoria sociale cognitiva<sup>124,125,126,127</sup> che evidenziano come tali modalità favoriscano un senso di *agency* e di autoefficacia negli studenti, che stimola il loro interesse e incrementa la motivazione<sup>128</sup>.

Di contro, i programmi di prima generazione, che adottano un approccio psicoeducativo/didattico, tendono a offrire informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Questi modelli hanno determinato un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).

I programmi di seconda generazione affrontano più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (per esempio, gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso), mostrandosi efficaci nel ridurre alcuni di essi, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

Alla luce di tali evidenze e delle considerazioni precedentemente esposte (cfr. pag. 41), si ritiene opportuno proporre anche i contenuti di natura informativa (cfr. pag. 42) con un approccio che non si configuri come didattico, ma che si costituisca, piuttosto, come uno scambio interattivo tra operatori e ragazzi, a partire dal quale gli studenti possono sviluppare riflessioni e sollevare interrogativi o curiosità. Dunque, le informazioni e le conoscenze che ci si propone di trasmettere non verranno veicolate con una modalità didattica/frontale, ma saranno co-costruite con gli studenti nel corso di incontri che favoriscano una modalità dialogica basata sullo scambio e sulla riflessione, che prevedano momenti di brainstorming e spazio per i commenti in seguito alla presentazione di materiali stimolo (quali video, etc.).

Gli studenti potranno poi essere chiamati alla realizzazione di un progetto conclusivo del percorso svolto insieme, che sia il frutto di una rielaborazione critica e arricchita di tutte le conoscenze acquisite durante gli incontri.

La metodologia attraverso cui, al termine del percorso svolto con gli operatori, i ragazzi potranno rivolgersi agli studenti delle classi non direttamente coinvolte nel progetto e trasmettere loro quanto interiorizzato è quella della *peer education*<sup>129</sup>. I programmi di *peer education* promuovono la diffusione di comportamenti e stili di vita sani, utilizzando un linguaggio comune a quello dei

### RIFERIMENTI

<sup>124</sup> Bandura, A. (1977).

<sup>125</sup> Bandura, A. (1995).

<sup>126</sup> Bandura, A. (1997).

<sup>127</sup> Bandura, A. (2000).

<sup>128</sup> Lancini, M. (2004).

<sup>129</sup> Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2019).

ragazzi e possono contribuire anche a migliorare le competenze comunicative e le relazioni tra studenti. “La peer education utilizza i giovani come educatori per svolgere attività di prevenzione nei confronti dei loro compagni. Da destinatari degli interventi diventano educatori e spesso ideatori insieme agli adulti dei progetti di prevenzione” (Croce, Gnemmi, 2003)<sup>130</sup>. Per il successo di un progetto di peer education è fondamentale la scelta del *peer educator*, considerando che da questa può dipendere il successo del programma di azione. “Attraverso la propria azione, il peer educator svolge il ruolo di agente di cambiamento, inducendo i compagni a modificare i loro comportamenti e le credenze circa la salute. Ai pari, invece, tale metodologia permette di accedere alle informazioni sulla salute attraverso un loro coetaneo, una persona che conosce i valori, le rappresentazioni, i luoghi comuni, i linguaggi, le norme del gruppo. Gli adulti che partecipano ai programmi di peer education hanno la possibilità di: conoscere la realtà adolescenziale; acquisire metodi nuovi da utilizzare in classe; assumere un atteggiamento relazionale diverso con gli studenti” (Croce, Gnemmi, 2003)<sup>131</sup>.

## ● STRUMENTI

Per ottenere il massimo dell'efficacia, gli strumenti che è opportuno utilizzare in interventi di prevenzione ai DCA in questa fase evolutiva devono essere semplici, accattivanti e vicini alla realtà dei ragazzi, in modo da risultare coinvolgenti, stimolanti e immediatamente comprensibili per loro.

A fronte di tale considerazione è utile, per esempio, l'utilizzo di supporti digitali e materiali audiovisivi, che possono fungere da veicolo per trasmettere stimoli su cui riflettere durante attività di *Circle time* o *Cooperative learning*. Per esempio, possono essere utilizzati spezzoni di film, video, podcast o testi che affrontino, a vario titolo, tematiche connesse ai DCA<sup>132</sup>. Tali contenuti vanno selezionati con cura: sarebbe bene evitare concetti stigmatizzanti (che raccontino, per esempio, i DCA solo come problematiche relative a peso, cibo e corpo); informazioni eccessivamente dettagliate in cui vengono mostrati, per esempio, mezzi di compensazione o dettagli numerici o immagini di corpi molto impattanti; contenuti, insomma, che non tengano conto della complessità della malattia. Sarebbe preferibile, infatti, dar spazio a voci narranti, a elementi meno espliciti che mettano maggiormente in luce le dinamiche emotive e relazionali legate ai DCA.

Si possono prevedere attività pratiche orientate a stimolare la riflessione che coinvolgano l'intero gruppo classe. Un esempio è l'utilizzo di una scatola in cui gli studenti inseriscono in formato anonimo delle brevi riflessioni su un determinato tema (per esempio rispondendo alla domanda: “Cos'è per voi un corpo?”). Si estraggono poi una serie di bigliettini da cui far partire un momento di confronto collettivo.

L'educazione all'ascolto e al riconoscimento delle sensazioni corporee potrebbe realizzarsi attraverso il ricorso a esercizi di meditazione e mindfulness<sup>133,134</sup>.

## ● MODALITA' DI INTERVENTO

### Il linguaggio

A fronte di quanto precedentemente esposto circa la necessità di “riscrivere la narrativa intorno ai DCA” (cfr. pag. 41), risulta particolarmente importante l'utilizzo di un linguaggio che sia frutto di una scelta consapevole e attenta. Questo aspetto viene di seguito declinato attraverso ulteriori specifiche:

#### RIFERIMENTI

<sup>130</sup> Gnemmi, A., & Croce, M. (Eds.). (2003).

<sup>131</sup> Gnemmi, A., & Croce, M. (Eds.). (2003).

<sup>132</sup> Montesano, S. (2022).

<sup>133</sup> Godsey J. (2013).

<sup>134</sup> Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014).

- 1. Rendere il discorso generale**, evitando di scendere nel dettaglio. Che si tratti di un professionista che riporta dati di natura clinica o di una persona che racconta la propria esperienza, è importante valutare al meglio le informazioni da condividere. Considerando che l'obiettivo degli interventi è quello di informare, ma anche di sensibilizzare, più che su dettagli di natura quantitativa (per esempio, peso, BMI, calorie, porzioni) o comportamentale (per esempio elencare nel dettaglio i mezzi di compensazione), risulta di maggiore utilità focalizzarsi su vissuti, stati d'animo e possibili pensieri (il tutto, anche in questo caso, scelto con cura e attenzione) che possono portare le persone ad agire in modi disfunzionali. Si può articolare il discorso non solo facendo riferimento a esperienze specifiche, ma anche e soprattutto richiamando dati provenienti dalla letteratura, da manuali o libri, spunti cinematografici e così via.
- 2. Evitare l'utilizzo di stereotipi** e proporre spiegazioni in grado di scardinarli. "Chi soffre di Anoressia Nervosa è sottopeso e non mangia nulla"; "Chi soffre di Binge Eating Disorder è un 'mangione' che non sa autoregolarsi"; "Chi soffre di DCA ricerca attenzioni" ecc... Queste espressioni, oltre a rappresentare "falsi miti", non fanno altro che alimentare una visione stereotipata e stigmatizzante di queste malattie. L'operatore deve dunque aver cura del modo in cui si esprime per evitare di incappare in frasi di questo tipo e impegnarsi per favorire negli studenti una riflessione volta a scardinare eventuali preconcetti o pregiudizi sui DCA.
- 3. L'importanza delle parole e della scelta delle tematiche:** quando vengono trasmessi dati e informazioni sui DCA, è fondamentale avere sempre in mente la complessità delle tematiche che si stanno affrontando. Questo significa non solo scegliere con cura le parole, ma anche i concetti da approfondire.

È preferibile evitare di citare aspetti potenzialmente trigger, a tutela degli studenti. I fattori scatenanti sono elementi in grado di attivare ricordi o sensazioni relativi alla propria esperienza e ai propri vissuti traumatici e possono variare da persona a persona. È per questo che diventa fondamentale optare per una narrazione consapevole, cauta e attenta a tali aspetti.

Si sa inoltre che fornire informazioni dettagliate relative a sintomi e comportamenti disfunzionali tipici di chi soffre di DCA rischia di suscitare una tendenza all'emulazione e al confronto, che potrebbe verosimilmente dar vita e/o alimentare circoli viziosi potenzialmente rischiosi in grado di incentivare lo sviluppo e/o il mantenimento di Disturbi

Alimentari<sup>135,136</sup>.

Gli elementi *trigger* più comuni, da evitare in interventi di prevenzione ai DCA:

- dettagli relativi a piani dietetici restrittivi;
- calorie degli alimenti;
- composizione in macronutrienti degli alimenti;
- quantitativo di calorie che una persona assume durante una giornata: questo porta a fare confronti e a innescare meccanismi di competizione;
- il peso e il BMI: rappresentano un elemento di forte difficoltà per chi sta sperimentando un DCA, in quanto tende a identificarsi con queste misure;
- foto di corpi molto impattanti: chi soffre di un DCA, di fronte a tali immagini, può accentuare la sua difficoltà nel percepirsi in modo oggettivo, dal momento che l'immagine che ha di sé è già spesso distorta;
- autolesionismo: può rappresentare un elemento che si accompagna alla sofferenza di un DCA;

<sup>135</sup> O'Dea, J. A. (2005).

<sup>136</sup> Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., & Fairburn, C. G. (1997).

- criteri diagnostici dettagliati con relative indicazioni rispetto ai chili e al BMI;
- riferimenti a caratteristiche, comportamenti, routine specifiche di un determinato disturbo;
- riferimenti alle ore di attività sportiva svolte e alle calorie consumate.

Un aspetto importante da avere in mente è che la cura nella scelta delle parole e delle tematiche da trattare non deve e non vuole rappresentare una censura: l'obiettivo non è omettere, quanto imparare a trattare il tema dei DCA nel modo più funzionale possibile agli obiettivi dell'intervento.

**4. Il modo con cui si comunica fa la differenza.** In generale, nella comunicazione esistono due livelli, uno di contenuto (che risponde alla domanda: "Cosa si sta comunicando?") e uno di relazione (che risponde alla domanda: "In che modo si sta comunicando?"). Tenere a mente questo aspetto è fondamentale poiché aiuta l'operatore non solo nella scelta di cosa dire, ma anche in quella di come dirlo. Se, per esempio, durante un incontro viene posta una domanda specifica sulle calorie o sul peso che, come argomentato in precedenza, sono tematiche particolarmente delicate, il modo in cui l'operatore risponde risulta estremamente significativo: dovrà infatti farlo con la consapevolezza che si tratta di una tematica potenzialmente rischiosa e dovrà, quindi, trovare il miglior modo di trattarla, con l'obiettivo di tutelare la platea che lo ascolta.

Questo può significare, per esempio, evitare di fornire indicazioni numeriche e focalizzarsi maggiormente sul significato che possono assumere le calorie o il peso nelle persone affette da un DCA, non dimenticando che lo stesso dato o cifra può avere significati totalmente diversi per chi soffre di un disturbo restrittivo rispetto a chi manifesta una disregolazione alimentare. Anche in questo caso, dunque, sarà fondamentale tenere in considerazione e illustrare più prospettive per offrire una risposta completa.

## ● TECNICHE DI GESTIONE DEL GRUPPO CLASSE

Ogni gruppo classe in cui viene attuato un intervento di prevenzione ai DCA è unico nelle proprie caratteristiche, dinamiche e peculiarità: è quindi necessario essere flessibili e pronti a gestire situazioni articolate e improvvise, anche mediante l'utilizzo di alcune tecniche di gestione del gruppo. Per esempio, il conduttore potrebbe trovarsi a dover arginare interventi troppo personali, riportandoli nel quadro del lavoro collettivo, utilizzando esempi e codici di lettura utili per favorire vissuti di inclusione o di differenziazione.

Sono fondamentali poi la predisposizione all'ascolto ed un atteggiamento empatico che possono essere messi in atto, per esempio, attraverso la tecnica della riformulazione<sup>137</sup> (rielaborare quanto appena detto con parole differenti). Così facendo, si può rimandare alla persona il messaggio che ha precedentemente espresso per essere sicuri di aver compreso adeguatamente e per sottolineare, indirettamente, il fatto di aver ascoltato in modo attivo.

## ● INCONTRI DI RESTITUZIONE

Al termine degli incontri di prevenzione è fondamentale restituire a tutti i destinatari del progetto quanto emerso dagli incontri. È indispensabile presentare concretamente – mediante esempi, foto e citazioni letterali – quanto realizzato dai destinatari diretti del progetto, nonché i contributi offerti durante l'intervento (per esempio, nell'ambito di un'assemblea di istituto, un evento di fine anno, ecc.).

In questo modo, non solo tutti gli interlocutori del progetto saranno informati riguardo a quanto emerso dagli incontri nelle classi, ma si tenderà ad ampliare sempre di più la conoscenza riguardo a tale tematica, che di frequente viene banalizzata o stigmatizzata, quando non addirittura negata. L'ampliamento dello sguardo rivolto ai Disturbi del Comportamento Alimentare, nella specificità dei moti emotivi che vi sottostanno, risiede nella possibilità di rafforzare una rete che coinvolga tutte le figure che gravitano attorno agli adolescenti che, sempre più esposti a messaggi, immagini e modelli potenzialmente pericolosi mentre attraversano la delicata fase evolutiva che richiede loro la simbolizzazione della propria immagine corporea, possono giovare del contatto con adulti di riferimento e pari che fungano da modelli di identificazione positivi, li sostengano nel loro percorso di sviluppo e sappiano cogliere tempestivamente eventuali segnali di disagio.

## ● EFFICACIA DELL'INTERVENTO

Cfr. pag. 20

## ● PROPOSTE FORMATIVE

Cfr. pag. 20

# 6. INCONTRI DI PREVENZIONE AI DCA NELLE UNIVERSITÀ

## ● DESTINATARI DIRETTI

I destinatari diretti sono studenti e studentesse universitari **di qualsiasi facoltà**.

Gli interventi proposti nelle facoltà afferenti all'area sanitaria (Medicina, Infermieristica, Psicologia, Dietistica Scienze della Nutrizione Umana) richiedono, però, alcune specifiche. Gli incontri hanno infatti come oggetto una tematica con cui gli studenti di queste facoltà sono, con alta probabilità, già entrati in contatto anche da un punto di vista curricolare. Pertanto, il linguaggio utilizzato e il livello di approfondimento dei contenuti degli interventi andranno necessariamente caratterizzati da maggiore specificità e dettaglio. Tuttavia, gli incontri non dovrebbero assumere le caratteristiche di una lezione accademica, ma favorire uno sguardo che sappia cogliere le patologie alimentari da un punto di vista altro, che assuma in primo luogo valenza preventiva per gli studenti in quanto giovani adulti e che, secondariamente, possa eventualmente arricchire la loro consapevolezza quali futuri professionisti.

Gli interventi saranno rivolti a tutti, indipendentemente dal loro genere, in quanto, come è noto, i DCA non affliggono solamente individui di sesso femminile, ma coinvolgono in misura sempre più cospicua anche i maschi<sup>138</sup>.

## ● DESTINATARI INDIRETTI

Destinatari indiretti degli interventi sono i giovani adulti che costituiscono il gruppo dei pari degli studenti direttamente coinvolti: non solo eventuali amici, coinquilini, colleghi o coetanei con cui entrano in contatto, ma la **popolazione giovanile generalmente intesa**.

Le informazioni e le conoscenze diffuse negli interventi di sensibilizzazione ai DCA svolti nelle università, infatti, raggiungendo studenti con *background* differenti, provenienti da regioni diverse e residenti in quartieri diversi della città (le classi universitarie sono generalmente piuttosto eterogenee sotto questi punti di vista, oltre che piuttosto numerose), **hanno la potenzialità di circolare e diffondersi** “a macchia d’olio” fra i giovani, anche solo attraverso il confronto e lo scambio fra pari.

Potrà così realizzarsi, in un **circolo virtuoso, una cultura giovanile in cui la consapevolezza** dei rischi connessi alla fase evolutiva del giovane adulto e delle sue criticità (cfr. pag. 17), unitamente ad una **conoscenza** più approfondita di alcune manifestazioni di sofferenza, all'**attenzione** verso il benessere psicologico e la non stigmatizzazione delle cosiddette “crisi evolutive” costituiscano i primi **strumenti di promozione del benessere**.

Il fatto che sia l'Università stessa a farsi prima promotrice e sostenitrice del diffondersi di una cultura di questo tipo (attraverso, per esempio, la collaborazione con associazioni che organizzano gli interventi di sensibilizzazione e prevenzione per gli studenti e la pubblicazione di tali iniziative sulle sezioni pubbliche dei propri siti web e non unicamente sui portali con accesso riservato agli studenti) può rafforzare nella popolazione giovanile la comprensione di quanto integrare l'attenzione e la sensibilità verso tali aspetti nel proprio percorso personale e formativo sia importante nel processo di costruzione del Sé adulto in cui ogni giovane è impegnato.

<sup>138</sup> I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta [https://www.ccm-network.it/imgs/C\\_27\\_MAIN\\_progetto\\_577\\_1\\_file.pdf](https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_577_1_file.pdf)



## ● CONDUTTORI

Oltre alle competenze specifiche in materia di DCA, gli operatori che effettuano gli incontri di sensibilizzazione nelle università devono disporre di adeguate competenze relative alla gestione di **gruppi caratterizzati da una certa numerosità ed eterogeneità**. Quest'ultima può riguardare, per esempio, l'età dei partecipanti, dal momento che l'università è un contesto formativo cui accedono persone di età diverse. L'operatore deve, pertanto, aver maturato esperienza non solo nel lavoro con giovani adulti, ma anche con adulti più grandi di lui.

Inoltre, i conduttori devono essere in grado di facilitare il confronto, il dibattito e l'interazione, favorendo il coinvolgimento e l'espressione anche di studenti che partecipano da remoto (cfr. pagg. 49-50).

Infine, negli incontri rivolti agli studenti dei diversi Corsi di Laurea afferenti all'area sanitaria, i conduttori possono essere affiancati da professionisti specifici (per esempio, dietista, medico internista, ecc.), in grado di garantire un maggiore livello di approfondimento di alcuni aspetti "tecnici" dei DCA, con cui gli studenti potrebbero venire a contatto anche da un punto di vista professionale.

## ● DURATA DEGLI INTERVENTI

Gli interventi possono avere una durata variabile e, sulla base delle esigenze e delle richieste dei diversi atenei, può essere predisposta una struttura *ad hoc* (per esempio, incontri singoli della durata di due ore possono essere organizzati *una tantum*, oppure inseriti all'interno di un percorso composto da uno specifico numero di incontri – per esempio 3 – svolti nell'arco di un periodo circoscritto: per esempio 1 incontro al mese per 3 mesi).

## ● CONTESTO APPLICATIVO

Gli interventi di prevenzione si svolgono all'interno delle aule universitarie.

Come precedentemente argomentato (cfr. pag. 17), gli studenti universitari si trovano, per la maggior parte, nella fase evolutiva del giovane adulto, che costituisce un momento di sviluppo delicato – in cui la mancata realizzazione dei compiti evolutivi delle fasi precedenti si manifesta come perturbante e può esitare nell'esito di sintomi o disturbi – e spesso disorientante. La conclusione delle scuole secondarie di secondo grado e l'inizio dell'università implicano spesso, infatti, l'abbandono di un contenitore identitario forte e rassicurante, la *performance* in contesti maggiormente competitivi, l'assunzione di responsabilità proprie, il compimento di scelte autonome<sup>139</sup>.

È importante allora che, proprio all'università, il giovane adulto possa trovare stimoli che lo aiutino ad arricchire i propri strumenti per affrontare questo passaggio evolutivo. Assume a questo proposito un forte valore il fatto che il giovane adulto possa incontrare un ambiente che promuove la salute e il benessere proprio nel contesto in cui si trova, per investire su di sé e sul proprio futuro.

Inoltre, l'università è un contesto ottimale in cui realizzare i programmi di sensibilizzazione e prevenzione perché dispone di ampi spazi e infrastrutture, necessari per reclutare e raggiungere i destinatari e per erogare gli interventi<sup>140</sup>.

La scelta dell'aula in cui svolgere gli incontri dovrebbe tener conto del numero di partecipanti, per favorire la buona riuscita dell'intervento (per esempio, uno spazio troppo grande potrebbe essere dispersivo e poco adatto a facilitare il confronto e lo scambio tra conduttori e partecipanti).

## RIFERIMENTI

<sup>139</sup> Lancini, M., & Madeddu, F. (2014).

<sup>140</sup> Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E.-M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., et al. (2020).

Gli interventi possono prevedere anche la modalità di partecipazione da remoto, per garantire l'accesso e la fruibilità a tutti gli studenti interessati.

## ● OBIETTIVI GENERALI

L'obiettivo principale è informare e sensibilizzare gli studenti delle università sul tema dei DCA in un'ottica di prevenzione della malattia e di promozione del benessere, con particolare attenzione alla modalità con cui si espongono le tematiche.

La finalità di sensibilizzazione e promozione del benessere deve, dunque, passare attraverso un'azione informativa da parte di operatori qualificati. Infatti, l'enorme diffusione dei DCA in età adolescenziale e giovanile, unitamente al massiccio utilizzo che i giovani fanno dei *social network*, pone gli studenti universitari nella condizione di entrare in contatto con numerose informazioni circa tali patologie. Poiché tali informazioni sono spesso inesatte o utilizzate in modo poco consapevole, rischiano di essere distorte finendo, talvolta, per suscitare rilevanti reazioni emotive e favorire processi di stigmatizzazione o, viceversa, idealizzazione dei DCA. Fornire allora agli studenti informazioni adeguate circa i DCA, con particolare attenzione alla modalità con cui si espongono tali tematiche (cfr. pagg. 52-54), può consentire di "riscrivere la narrativa intorno ai DCA", configurandosi come fattore protettivo rispetto al potenziale innescarsi di tali processi. L'operatore non deve dimenticare che il linguaggio contribuisce a costruire la conoscenza della realtà, dando forma al pensiero e al modo in cui facciamo esperienza del mondo<sup>141</sup>.

Seppur gli interventi rivolti agli studenti delle facoltà attinenti all'area sanitaria (Medicina; Infermieristica; Psicologia; Dietistica; Scienze della Nutrizione Umana) saranno caratterizzati da un maggior livello di approfondimento e specificità, gli incontri non dovrebbero assumere le caratteristiche di una lezione accademica, bensì favorire nei giovani che entreranno in contatto con tali tematiche nel loro contesto professionale uno sguardo che sappia cogliere la patologia da un punto di vista "altro", che sia in grado di arricchire la loro consapevolezza sia a livello personale, sia quali futuri professionisti.

## ● OBIETTIVI SPECIFICI

I DCA sono patologie multifattoriali e quindi, per loro natura, complesse<sup>142</sup>. Creare momenti di informazione e sensibilizzazione significa, dunque, tener conto di questa complessità per offrire una visione completa e il più possibile rappresentativa di tutti i fattori che entrano in gioco. I temi da approfondire, dunque, sono vari e profondamente interconnessi. Di seguito si elencano le tematiche:

- epidemiologia dei DCA: diffusione, incidenza, incremento del numero di casi a seguito della pandemia, anticipazione dell'età di esordio e frequenza tra i generi;
- principali manifestazioni sintomatologiche dei DCA: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata/Binge Eating Disorder, Ortoressia, Vigoressia;
- eziopatogenesi;
- caratteristiche di personalità predisponenti (per es. perfezionismo);
- compiti evolutivi e criticità della fase evolutiva del giovane adulto, eventi critici che possono fungere da potenziali fattori scatenanti;
- il vissuto dei giovani che soffrono di un DCA, aldilà dei sintomi osservabili: il profondo e silente legame tra alimentazione e mondo emotivo;
- la cura e la presa in carico attraverso il lavoro dell'équipe multidisciplinare;

### RIFERIMENTI

<sup>141</sup> Lalumera, E. (2013).

<sup>142</sup> L.M. Donini, U. Nizzoli, O. Bosello, N. Melchionda, G. Spera & M. Cuzzolaro (Eds.), (2002).

- presentazione di casi clinici di diversa gravità: DCA come espressione di una crisi evolutiva, che ha richiesto l'avvio di un percorso psicoterapico; DCA per cui è si è resa necessaria la presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare; DCA grave che ha richiesto l'ospedalizzazione;
- indicazioni sugli enti e le strutture deputate alla consultazione e alla presa in carico di giovani adulti che manifestano difficoltà legate all'alimentazione.

È importante, inoltre, fornire informazioni e spunti di riflessione sui seguenti aspetti:

- educazione Alimentare<sup>143</sup>;
- comunicazione Efficace<sup>144,145</sup>;
- il background culturale che ha determinato le attuali convinzioni e credenze sul mondo dell'alimentazione, del fitness e del corpo;
- il corpo e l'immagine di sé<sup>146,147</sup>, connessi al senso di autostima e al valore personale di ogni individuo;
- il concetto di standard e il tema del perfezionismo;
- il concetto di autostima e autoefficacia<sup>148,149</sup>;
- il ruolo dei contenuti presenti sul web e sui *social media* quali fattori di rischio;
- la relazione tra mondo reale e mondo virtuale, il modo in cui queste due realtà si influenzano tra loro e influenzano i singoli individui.

## ● METODOLOGIA

Dalla letteratura emerge come i programmi di prevenzione risultati più efficaci siano quelli di terza generazione, che utilizzano un approccio educativo interattivo ed esperienziale e strategie progettate per modificare gli atteggiamenti disfunzionali e i comportamenti non salutari<sup>150</sup>.

Di contro, i programmi di prima generazione, che adottano un approccio psicoeducativo/didattico, tendono a offrire informazioni sulla nutrizione, sull'immagine corporea, sui disturbi dell'alimentazione e sui loro effetti dannosi. Questi modelli hanno determinato un incremento delle conoscenze, ma non una modificazione degli atteggiamenti disfunzionali (come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo) e dei comportamenti non salutari (in particolare, la restrizione dietetica).

I programmi di seconda generazione affrontano più direttamente alcuni fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione identificati dalla ricerca (per esempio, gli atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso), mostrandosi efficaci nel ridurre alcuni di essi, ma non i sintomi dei disturbi dell'alimentazione.

Alla luce di tali evidenze e delle considerazioni precedentemente esposte, si ritiene opportuno proporre i contenuti con un approccio che non si configuri come didattico, ma che si costituisca piuttosto come uno scambio interattivo tra operatori e studenti, a partire dal quale questi ultimi possono sviluppare riflessioni e sollevare interrogativi o curiosità. Dunque, le informazioni e le conoscenze che ci si propone di trasmettere non verranno veicolate con una modalità didattica/frontale, ma saranno co-costruite con gli studenti nel corso di incontri che favoriscano una modalità dialogica basata sullo scambio e sulla riflessione, che prevedano momenti di

## RIFERIMENTI

- <sup>143</sup> Ulian, M. D., Gualano, B., Benatti, F. B., de Campos-Ferraz, P. L., Coelho, D., Roble, O. J., et al. (2017).
- <sup>144</sup> Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. A. (1971).
- <sup>145</sup> Borzacchiello, P. (2021).
- <sup>146</sup> Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008).
- <sup>147</sup> Stice, E., Presnell, K., Gau, J., & Shaw, H. (2007).
- <sup>148</sup> Andershed, A. (2013).
- <sup>149</sup> Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021).
- <sup>150</sup> Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995).

brainstorming e spazio per i commenti in seguito alla presentazione di materiali stimolo (quali video, etc.).

## ● STRUMENTI

Per ottenere il massimo dell'efficacia, gli strumenti da utilizzare devono essere semplici e stimolanti per studenti adulti o giovani adulti.

È utile, per esempio, l'utilizzo di supporti digitali e materiali audio-visivi, che possono fungere da veicolo per trasmettere stimoli su cui riflettere durante momenti di confronto successivi. Per esempio, possono essere utilizzati film, video, podcast o testi che affrontano, a vario titolo, tematiche connesse ai DCA. Tali contenuti vanno selezionati con cura: sarebbe bene evitare concetti stigmatizzanti (che raccontino, per esempio, i DCA solo come problematiche relative a peso, cibo e corpo); informazioni eccessivamente dettagliate in cui vengono mostrati, per esempio, mezzi di compensazione o dettagli numerici o immagini di corpi molto impattanti; contenuti, insomma, che non tengano conto della complessità della malattia. Sarebbe preferibile, infatti, dar spazio a voci narranti, a elementi meno espliciti che mettano maggiormente in luce le dinamiche emotive e relazionali legate ai DCA.

Può essere utile, poi, introdurre alcune tematiche a partire da momenti di brainstorming che richiedano fin dal principio un ruolo attivo da parte degli studenti, stimolando la riflessione e coinvolgendo l'intero gruppo. Per l'attività di brainstorming può essere prevista anche una modalità anonima, per esempio attraverso l'utilizzo di applicazioni che permettono di proiettare in tempo reale su un foglio condiviso i contributi che ciascun partecipante scrive in forma anonima dal proprio device (una domanda-stimolo potrebbe essere: "Cos'è per voi un corpo?"). È altresì possibile fare lo stesso esercizio utilizzando una scatola in cui, sempre in forma anonima, ognuno inserisce le proprie riflessioni. La scelta si rimanda all'operatore che valuterà, in base alle condizioni presenti (numero di studenti presenti, facilità di accesso a strumentazione digitale, ecc.) la modalità più adeguata.

È prevista, infine, la presentazione di casi clinici, che può avvenire tramite il racconto dell'esperienza personale di un operatore volontario, o mediante la presentazione di materiale clinico – in cui l'identità dei pazienti sia preventivamente resa non riconoscibile per ragioni di protezione della privacy – con un'attenzione riservata sia alla condivisione dell'esperienza del curante, sia alla comprensione dei meccanismi disfunzionali tipici dei DCA, con l'obiettivo di superare lo stigma e comprendere realmente cosa significa affrontare e avere a che fare con queste patologie.

## ● MODALITÀ DI INTERVENTO

### Il linguaggio

A fronte di quanto precedentemente esposto circa la necessità di "riscrivere la narrativa intorno ai DCA" (cfr. pag. 50), risulta particolarmente importante l'utilizzo di un linguaggio che sia frutto di una scelta consapevole e attenta. Questo aspetto viene di seguito declinato attraverso ulteriori specifiche:

1. **Rendere il discorso generale**, evitando di scendere nel dettaglio. Che si tratti di un professionista che riporta dati di natura clinica o di una persona che racconta la propria esperienza, è importante valutare al meglio le informazioni da condividere. Considerando che l'obiettivo degli interventi è quello di informare ma anche di sensibilizzare, più che su dettagli di natura quantitativa (per esempio, peso, BMI, calorie, porzioni) o comportamentale (per esempio elencare nel dettaglio i mezzi di compensazione), risulta di maggiore utilità focalizzarsi su vissuti, stati d'animo e possibili pensieri (il tutto, anche in questo caso, scelto con cura e attenzione) che possono portare le persone ad agire in modi disfunzionali. Si può articolare il discorso non solo facendo riferimento a esperienze specifiche, ma anche e soprattutto richiamando dati provenienti dalla letteratura, testi, spunti cinematografici, ecc..

**2. Evitare l'utilizzo di stereotipi** e proporre spiegazioni in grado di scardinarli. "Chi soffre di Anoressia Nervosa è sottopeso e non mangia nulla"; "Chi soffre di Binge Eating Disorder è un 'mangione' che non sa autoregolarsi"; "Chi soffre di DCA ricerca attenzioni" ecc... Queste espressioni, oltre a rappresentare "falsi miti", non fanno altro che alimentare una visione stereotipata e stigmatizzante di queste malattie. L'operatore deve dunque aver cura del modo in cui si esprime per evitare di incappare in frasi di questo tipo e impegnarsi per favorire negli studenti una riflessione volta a scardinare eventuali preconcetti o pregiudizi sui DCA.

**3. L'importanza delle parole e della scelta delle tematiche:** quando vengono trasmessi dati e informazioni sui DCA, è fondamentale tenere a mente la complessità delle tematiche che si stanno affrontando. Questo significa non solo scegliere con cura le parole, ma anche i concetti da approfondire.

È preferibile evitare di citare aspetti potenzialmente *trigger*, a tutela degli studenti. I fattori scatenanti sono elementi in grado di attivare ricordi o sensazioni relativi alla propria esperienza e ai propri vissuti traumatici e possono variare da persona a persona. È per questo che diventa fondamentale optare per una narrazione consapevole, cauta e attenta a tali aspetti.

Inoltre, fornire informazioni dettagliate relative a sintomi e comportamenti disfunzionali tipici di chi soffre di DCA rischia di suscitare una tendenza all'emulazione e al confronto, che potrebbe verosimilmente dar vita o alimentare circoli viziosi potenzialmente rischiosi, in grado di incentivare lo sviluppo e/o il mantenimento di DCA.

Gli elementi *trigger* più comuni, da evitare in interventi di prevenzione ai DCA:

- dettagli relativi a piani dietetici restrittivi;
- calorie degli alimenti;
- composizione in macronutrienti degli alimenti;
- quantitativo di calorie che una persona assume durante una giornata: questo può stimolare confronti e a innescare meccanismi di competizione;
- il peso e il BMI: rappresentano un elemento di forte difficoltà per chi sta sperimentando un DCA, in quanto tende a identificarsi con queste misure;
- foto di corpi molto impattanti: chi soffre di un DCA, di fronte a tali immagini, può accentuare la sua difficoltà nel percepirsi in modo oggettivo, dal momento che l'immagine che ha di sé è già spesso distorta;
- autolesionismo: può rappresentare un elemento che si accompagna alla sofferenza di un DCA;
- criteri diagnostici dettagliati con relative indicazioni rispetto ai chili e al BMI;
- riferimenti a caratteristiche, comportamenti, routine specifiche di un determinato disturbo;
- riferimenti alle ore di attività sportiva svolte e alle calorie consumate.

Un aspetto importante da avere in mente è che la cura nella scelta delle parole e delle tematiche da trattare non deve e non vuole rappresentare una censura: l'obiettivo non è omettere, quanto imparare a trattare il tema dei DCA nel modo più funzionale possibile agli obiettivi dell'intervento.

**4. Il modo con cui si comunica fa la differenza.** In generale, nella comunicazione esistono due livelli, uno di contenuto (che risponde alla domanda: "Cosa si sta comunicando?") e uno di relazione (che risponde alla domanda: "In che modo si sta comunicando?"). Tenere a mente questo aspetto è fondamentale poiché aiuta l'operatore non solo nella scelta di cosa dire, ma anche in quella di come dirlo. Se, per esempio, durante un incontro viene posta una domanda specifica sulle calorie o sul peso che, come argomentato in precedenza, sono tematiche particolarmente delicate, il modo in cui l'operatore risponde risulta estremamente significativo: dovrà infatti farlo con la consapevolezza che si tratta

di una tematica potenzialmente rischiosa e dovrà, quindi, trovare il miglior modo di trattarla, con l'obiettivo di tutelare la platea che lo ascolta.

Questo può significare, per esempio, evitare di fornire indicazioni numeriche e focalizzarsi maggiormente sul significato che possono assumere le calorie o il peso nelle persone affette da un DCA, non dimenticando che lo stesso dato o cifra può avere significati totalmente diversi per chi soffre di un disturbo restrittivo rispetto a chi manifesta una disregolazione alimentare. Anche in questo caso, dunque, sarà fondamentale tenere in considerazione e illustrare più prospettive per offrire una risposta completa.

## ● **TECNICHE DI GESTIONE DEL GRUPPO**

Ogni gruppo in cui viene attuato un intervento di prevenzione ai DCA è unico nelle sue caratteristiche, dinamiche e peculiarità: è quindi necessario essere flessibili e pronti a gestire situazioni articolate e improvvise, anche mediante l'utilizzo di alcune tecniche di gestione del gruppo. Per esempio, il conduttore potrebbe trovarsi a dover arginare interventi troppo personali, riportandoli nel quadro del lavoro collettivo, utilizzando esempi e codici di lettura utili a favorire vissuti di inclusione o di differenziazione.

Sono fondamentali, infine, la predisposizione all'ascolto e un atteggiamento empatico, che possono essere messi in atto, per esempio, attraverso la tecnica della riformulazione (rielaborare quanto appena detto con parole differenti). Così facendo, si può rimandare allo studente il messaggio che ha precedentemente espresso per essere sicuri di aver compreso adeguatamente e per sottolineare, indirettamente, il fatto di aver ascoltato in modo attivo.

## ● **EFFICACIA DELL'INTERVENTO**

Cfr. pag. 20

## ● **INCONTRI DI RESTITUZIONE**

Qualora l'intervento venga articolato in incontri multipli (cfr. pag. 49), è utile consegnare nel penultimo incontro un questionario di gradimento, i cui risultati verranno presentati e discussi nel corso di un momento finale di restituzione agli studenti.

## ● **PROPOSTE FORMATIVE**

È possibile fornire agli studenti universitari alcuni riferimenti bibliografici, utili ad approfondire e favorire l'interiorizzazione delle tematiche affrontate nel corso degli incontri.

Risulterà infine utile ai fini dell'efficacia e della creazione di un'alleanza con la platea universitaria fornire indicazioni circa gli enti e le strutture deputate alla consultazione e alla presa in carico di giovani adulti che manifestano difficoltà legate all'alimentazione.



# BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

## ● BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, D.C.: APA.
- Andershed, A. (2013). Girls at risk: Swedish longitudinal research on adjustment. *Girls at risk: Swedish longitudinal research on adjustment* (pp. 1-188). doi:10.1007/978-1-4614-4130-4
- Articolo 32, Costituzione Italiana. (1948). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 298, 27 dicembre 1947, p. 1137.
- Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M. et al. (2021). Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: a case-control efficacy study. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(2), 499–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00875-x>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1995). *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Erickson.
- Bandura, A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Erickson.
- Bandura, A. (2000). Sviluppo sociale e cognitivo secondo una prospettiva “agentica”. In Caprara G.V., Fonzi A. (a cura di), *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*. Giunti.
- Bardone-Cone, A. M., & Cass, K. M. (2006). Investigating the impact of pro-anorexia websites: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 256-262. doi:10.1002/erv.714
- Bekker, M. H. J., & Spoor, S. T. P. (2008). Emotional inhibition, health, gender, and eating disorders: The role of (over) sensitivity to others. *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 170-183). doi:10.1007/978-0-387-29986-0\_11
- Borzacchiello, P. (2021). *Basta dirlo: le parole da scegliere e le parole da evitare per una vita felice* (Ser. Vivere meglio). Mondadori.
- Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2019). Rebel peer education: a model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating Behaviors*, 32, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.010>
- Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., & Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. *The International journal of eating disorders*, 22(2), 167–172. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199709\)22:2<167::aid-eat8>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199709)22:2<167::aid-eat8>3.0.co;2-d)
- Chamay-Weber, C., & Narring, F. (2006). La prévention des troubles du comportement alimentaire: l'école a-t-elle un rôle a jouer? [Eating disorders prevention: does school have a role to play?]. *Revue médicale suisse*, 2(69), 1531–1534.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312–321. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00016>
- Colmsee, I. S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders. *Zeitschrift für Psychologie*, 229(1), 48-69.
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2012). *Parere sulla prevenzione/promozione in ambito psicologico*. Roma: CNOP.
- Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). (2017). *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani*. Roma: CNOP.
- Criscuolo, M., Marchetto, C., Chianello, I., Cereser, L., Castiglioni, M. C., Salvo, P. et al. (2020). Family functioning, coparenting, and parents' ability to manage conflict in adolescent anorexia nervosa subtypes. *Families, systems &*



- Dalle Grave, R. (2003). School-based prevention programs for eating disorders: Achievements and opportunities. *Disease Management and Health Outcomes*, 11(9), 579–593. doi:10.2165/00115677-200311090-00006
- Devrim, A., Bilgic, P., & Hongu, N. (2018). Is there any relationship between body image perception, eating disorders, and muscle dysmorphic disorders in male bodybuilders? *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1746–1758. <https://doi.org/10.1177/1557988318786868>
- Di Fabio, A. (1999). *Counseling: dalla teoria all'applicazione* (Ser. Manuali e monografie di psicologia giunti). Giunti.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and weight disorders: EWD*, 9(2), 151–157. <https://doi.org/10.1007/BF03325060>
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *The International journal of eating disorders*, 38(1), 73–77. <https://doi.org/10.1002/eat.2014>
- Forsberg, S., & Lock, J. (2015). Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(3), 617–629. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.012>
- Francescato, D., Putton, A., & Cudini, S. (1986). *Star bene insieme a scuola: strategie per un'educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore* (Ser. I tascabili nis, 106). NIS.
- Franko, D. L. (2001). Rethinking prevention efforts in eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(3), 265–270. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80063-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80063-8)
- Giori, F., Maggiolini, A., & Rivolta, S. (2004). La prevenzione. In Maggiolini A., Pietropolli Charmet G. (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza. Compiti e conflitti*. Franco Angeli.
- Gnemmi, A., & Croce, M. (Eds.). (2003). *Peer education: Adolescenti protagonisti nella prevenzione*. Angeli.
- Godsey J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary therapies in medicine*, 21(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.003>
- Harrer, M., Adam, S. H., Messner, E. M., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R. et al. (2020). Prevention of eating disorders at universities: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 813–833. <https://doi.org/10.1002/eat.23224>
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348–356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>
- Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 57–62.
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Hepworth, K. (2010). Eating disorders today: not just a girl thing. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 27(3), 236–41.
- Italia. (1989). Ordinamento della professione di psicologo. Legge n. 56. 24 febbraio. Gazzetta Ufficiale, 46.
- Italia. (1990). Legge n. 162. 26 giugno. Gazzetta Ufficiale, 147 (Supplemento Ordinario).
- Italia. (2021). Legge n. 234. 30 dicembre. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 1 (Supplemento Ordinario).
- Jenkins, Z. M., Chait, L. M., Cistullo, L., & Castle, D. J. (2020). A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00337-w>
- Johnson, D. W., Johnson, R. T., & Holubec, E. J. (2015). *Apprendimento cooperativo in classe: migliorare il clima emotivo e il rendimento*. Erickson.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). *Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses*. *The International journal of eating disorders*, 42(2), 97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20600>

- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 385–394. <https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- L.M. Donini, U. Nizzoli, O. Bosello, N. Melchionda, G. Spera & M. Cuzzolaro (Eds.), (2002). *Manuale per la Cura e la Prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità (DA&O)*. SISDCA, Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Milano: SICS Editore Srl
- Lalumera, E. (2013). *Che cos'è il relativismo cognitivo* (Ser. Bussole, 0470). Carocci editore.
- Lancini, M. (2004). L'apprendimento e la scuola. In Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli.
- Lancini, M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti: la solitudine di una generazione iperconnessa* (Ser. Collana di psicologia clinica e psicoterapia, 312). R. Cortina.
- Lancini, M., & Madeddu, F. (2014). *Giovane adulto: la terza nascita* (Prima edizione, Ser. Collana di psicologia clinica e psicoterapia, 268). Cortina.
- Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, muscles, and eating disorders: an overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Current Psychiatry Reports*, *19*(6), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>.
- Legenbauer, T., Vocks, S., & Rüddel Heinz. (2008). Emotion recognition, emotional awareness and cognitive bias in individuals with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(6), 687–702. <https://doi.org/10.1002/jclp.20483>
- Leonelli Langer L., & Campari E. (2004). La preadolescenza. In Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli.
- Long, M. W., Ward, Z. J., Wright, D. R., Rodriguez, P., Tefft, N. W., & Austin, S. B. (2022). Cost-effectiveness of 5 public health approaches to prevent eating disorders. *American Journal of Preventive Medicine*, *63*(6), 935–943. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.07.005>
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E. et al. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, e225848. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, *50*(1), 1–11.
- Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating Behaviors*, *6*(2), 109–12.
- Maggiolini, A. (2003). La dimensione intrapsichica del disagio adolescenziale. In Migani C. (a cura di), *Dal disagio scolastico alla promozione del benessere* (pp. 24-38). Carocci editore.
- Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza : compiti e conflitti*. Angeli.
- Maggiolini, A. (1990). Il nuovo valore. Rappresentazioni di sé nella prima adolescenza. In Pietropolli Charmet G. (a cura di), *L'adolescente in una società senza padri* (pp. 149-174). Unicopli.
- Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (Eds.). (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti* (Ser. Collana di psicologia / [angeli], 226). Angeli.
- Malagoli Togliatti, M., Lubrano Lavadera, A. (2014). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Il Mulino.
- Ministero della Salute. (2019). Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute. Accordo Stato-Regioni.
- Montesano, S. (2022). L'utilizzo dei video nella didattica. *Bricks*, *4*.
- Munno, D., Sterpone, S. C. M., & Zullo, G. (2005). Anorexia nervosa in males. A review. [L'anoressia nervosa maschile. Una review] *Italian Journal of Psychopathology*, *11*(2), 215-224.
- O'Dea, J. A. (2005). School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions. *Health Education*, *105*(1), 11-33. doi:10.1108/09654280510572277
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J. et al. (2012). Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, *20*(6), 502–9. <https://doi.org/10.1002/erv.2153>
- Ottawa charter for health promotion. (1986). *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, *77*(6), 425–430.

- Perthes, K., Kirschbaum-Lesch, I., Legenbauer, T., Holtmann, M., Hammerle, F., & Kolar, D. R. (2021). Emotion regulation in adolescents with anorexia and bulimia nervosa: differential use of adaptive and maladaptive strategies compared to healthy adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 54*(12), 2206–2212. <https://doi.org/10.1002/eat.23608>
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E. et al. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the covid-19 pandemic in australia: initial results from the collate project. *International Journal of Eating Disorders, 53*(7), 1158–1165. <https://doi.org/10.1002/eat.23317>
- Ruocco, G., Andrioli Stagno, R., Ballardini, D., Cotugno, A., Dalla Ragione, L., Dalle Grave, R., et al. (2017). Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute*(29).
- Saottini, C. (2004). Il gruppo dei pari. In Maggiolini, A., Pietropolli Charmet, G. (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Franco Angeli.
- Schober, I., Sharpe, H., & Schmidt, U. (2013). The reporting of fidelity measures in primary prevention programmes for eating disorders in schools. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association, 21*(5), 374–381. <https://doi.org/10.1002/erv.2243>
- Sidoti, E., & Piccin. (2013). *Igiene e promozione della salute: per scienze della formazione*. Piccin.
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication, 35*(2), 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9003-8>
- Smolak, L. (2013). Elementary school curricula for the primary prevention of eating problems. *Preventing eating disorders: A handbook of interventions and special challenges* (pp. 87-104). doi:10.4324/9780203778081-13
- Stice, E., Presnell, K., Gau, J., & Shaw, H. (2007). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: an evaluation of two eating disorder prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 20–32.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Ulian, M. D., Gualano, B., Benatti, F. B., de Campos-Ferraz, P. L., Coelho, D., Roble, O. J. et. al (2017). The design and rationale of an interdisciplinary, non-prescriptive, and Health at Every Size®-based clinical trial: The “Health and Wellness in Obesity” study. *Nutrition and health, 23*(4), 261–270. <https://doi.org/10.1177/0260106017731260>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. A. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana : studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi* ([Rist.], Ser. Psiche e coscienza). Astrolabio.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M., & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders, 43*(5), 398–404. <https://doi.org/10.1002/eat.20730>
- Williams, L. T., Wood, C., & Plath, D. (2020). Parents' experiences of family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Australian Social Work, 73*(4), 408-419.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization, 2*, 100. World Health Organization.
- World Health Organization. (1978). *Primary health care: report of the International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. (2nd rev ed.). World Health Organization.
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on university campuses: a review of large, controlled interventions. *Health Promotion International, 23*(2), 173–89. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan004>

## ● SITOGRAFIA

· <https://www.stateofmind.it/2013/10/maternita-conflittuale-cura-disturbi-alimentari/>

· <https://www.stateofmind.it/2014/02/disturbi-alimentari-struttura-delse-psiopatologia/>

· <http://www.dallegrove.it/un-modello-di-gestione-clinica-dei-disturbi-dell'alimentazione/>

· [http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh\\_guidelines](http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh_guidelines).

· [https://melaniaromanelli.com/wp-content/uploads/2022/03/dati-disturbi-alimentari-15-marzo-2022-melania-romanelli-coach\\_cmp-pdf2.pdf](https://melaniaromanelli.com/wp-content/uploads/2022/03/dati-disturbi-alimentari-15-marzo-2022-melania-romanelli-coach_cmp-pdf2.pdf)

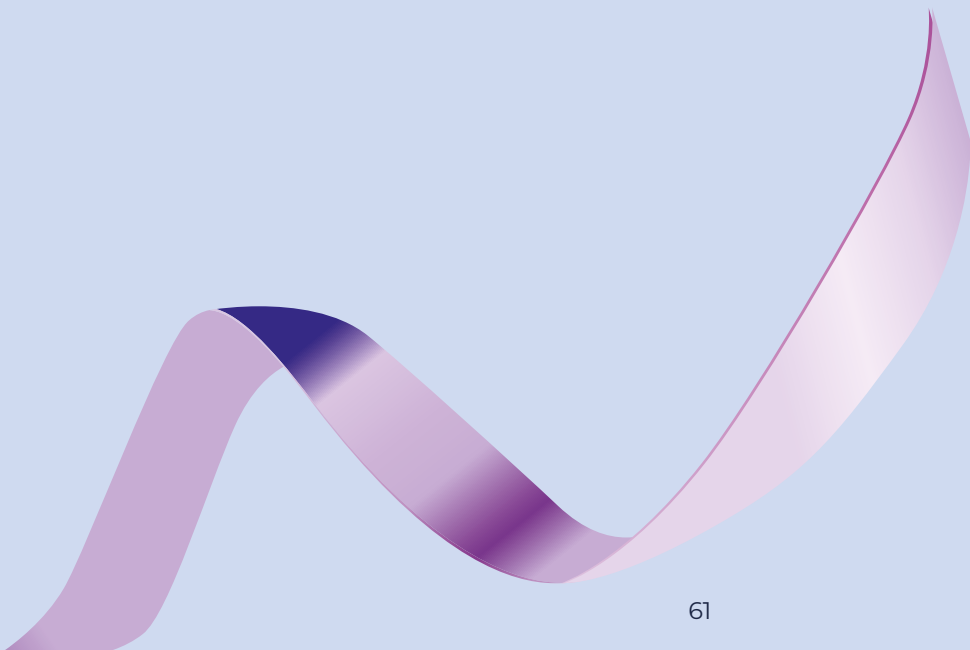
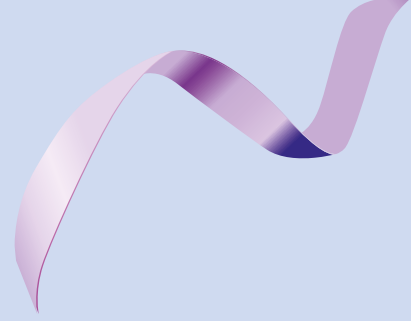
· <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/>

· <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>

· <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>

· [https://www.ccm-network.it/imgs/C\\_27\\_MAIN\\_progetto\\_577\\_1\\_file.pdf](https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_577_1_file.pdf)

· <https://www.iss.it/>







# LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Linee guida per attuare interventi di prevenzione  
dei Disturbi del Comportamento Alimentare nelle scuole

