



ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LOMBARDIA

ATTI DEL SEMINARIO
**Gli strumenti della Psicologia
coi Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione**
(Casa della Psicologia, Milano, 13 ottobre 2023)

13 OTTOBRE 2023
16:00 - 19:30

ONLINE (GOTOWEBINAR)
IN PRESENZA (CASA DELLA PSICOLOGIA)

**GLI STRUMENTI DELLA
PSICOLOGIA
COI DISTURBI DELLA
NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**



INTRODUCONO:

Laura PAROLIN, Presidente OPL
Ivan LIMOSANI, Regione Lombardia Salute Mentale e
Dipendenze

eventi.tutoring@opl.it
www.opl.it

PARTECIPANO:

Maria Angela ABRAMI, Dora ALIPRANDI,
Martina BENINCASA, Federica BOERIS,
Alessandro CHINELLO, Deborah COLSON,
Domenico COSENZA, Pamela PACE, Alessandro RAGGI,
Carla SABATTI, Cinzia SACCHELLI.

**PSICOLOGIA DEI
DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE**



**ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA**



Programma:

Saluti istituzionali e Introduzione dei lavori:

- Laura Parolin Laura, Presidente OPL
- Ivan Limosani, Regione Lombardia: Salute mentale, Dipendenze, Disabilità Psichica

- Lo Psicologo che opera con il DNA (Survey): Cinzia Sacchelli, Martina Benincasa
- Il ruolo dello Psicologo nei diversi setting di cura - Domenico Cosenza
- La Prevenzione nel DNA - Federica Boeris
- La Prevenzione dei DNA in Italia - Deborah Colson
- Prevenzione on line e rischi del web – Alessandro Chinello
- Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA - Alessandro Raggi
- Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA - Dora Aliprandi
- La Famiglia nel progetto di cura - Pamela Pace
- La Rete dei Servizi pubblici, il Centro DCA e il Servizio Psicologia - Maria Angela Abrami, Carla Sabatti



Sommario

Introduzione.....	4
La survey: gli psicologi ed il disturbo della nutrizione ed alimentazione.....	6
Note a partire dalla survey sul ruolo dello psicologo nel lavoro con il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione.....	177
La prevenzione nei DNA.....	222
La Prevenzione dei DNA in Italia	255
La prevenzione nel WEB: l'anoressia online.....	300
Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA.....	322
Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA.....	355
Preziosità del coinvolgimento della famiglia nella cura dei quadri di disturbo alimentare	455
La rete dei servizi: il centro per i disturbi del comportamento alimentare e il servizio di psicologia clinica della ASST di Brescia.....	533



Introduzione

Cinzia Sacchelli, Consigliere OPL, Responsabile del Servizio di Psicologia della ASST di Crema

In questi Atti sono raccolte le relazioni tenute dai componenti del Tavolo Tecnico dei Disturbi Alimentari dell'Ordine Psicologi della Lombardia (OPL) in occasione del Seminario sulla Psicologia e Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) tenutosi in Casa della Psicologia a Milano il 13 ottobre 2023.

Il Seminario è stato organizzato al termine di un percorso di confronto e di lavori di Psicologi esperti nell'intervento preventivo e trattamentale del DNA che operano nei Servizi del SSN e in Associazioni di settore. Il Gruppo di Lavoro ha predisposto una Survey con l'intento di andare a conoscere le realtà che in Lombardia operano sul DNA ed il lavoro che i colleghi psicologi vi operano. Le 850 risposte raccolte alla Survey hanno restituito una fotografia molto complessa ed articolata: i Servizi pubblici presentano una situazione molto variegata: ci sono Aziende Sanitarie che hanno strutture specialistiche dedicate al DNA, ed altre in cui l'utente può trovare una presa in carico nei servizi generalisti della Neuropsichiatria o Psichiatria in cui non vi sono professionisti formati sul DNA. Non è diversa la variabilità della presenza e della organizzazione di realtà private ed associazioni. Ciò determina allo stato attuale una differenza quali-quantitativa della risposta sanitaria offerta ai cittadini lombardi.

Fortunatamente in questi ultimi anni vi è stata una maggiore attenzione del Legislatore nazionale e regionale per questa tipologia di disturbo, purtroppo in espansione.

Il Ministero della Salute ha prodotto una campagna Informativa e alcuni Quaderni con Linee Guida per l'intervento clinico:

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4470&area=Salute%20donna&menu=patologie>

L'Istituto Superiore di Sanità ha condotto una Mappatura delle risorse sanitarie dedicate al DNA per facilitarne il reperimento da parte dei cittadini interessati, chiedendo ai Servizi e alle Associazioni di censirsi

<https://www.iss.it/disturbi-alimentari>

A sostegno della cura e della lotta al fenomeno dei disturbi alimentari, Regione Lombardia ha approvato la Legge n. 2 del 23 febbraio 2021, *"Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie"*. La legge intende favorire una più veloce intercettazione del disturbo attraverso il finanziamento per la realizzazione di servizi di prossimità e la diffusione di una cultura di attenzione e sensibilizzazione al problema.



L'intervento precoce erogato da Equipe multidisciplinari formate ad operare su questa tipologia di disturbo può fare la differenza nella vita delle persone e delle famiglie, incrementando la probabilità di guarigione. La diffusione del DNA e la proliferazione di social che pubblicizzano comportamenti di tipo anoressico impongono la necessità di predisporre interventi preventivi sul tema, con l'obiettivo primario di facilitare la intercettazione e l'accesso tempestivo alla cura. Una particolare attenzione deve essere sempre posta al contesto familiare che, a prescindere dalla età del paziente, fatica a immaginarsi come porsi di fronte ad un sintomo che suscita paura e senso di impotenza.

Lo Psicologo dovrebbe essere adeguatamente formato ed inserito in un gruppo di lavoro multidisciplinare ed in una rete di servizi a diversa intensità di cura. Deve conoscere gli strumenti testistici specifici da abbinare ai test personologici utili ad inquadrare il disturbo; deve saper operare in setting familiari e gruppali, oltre che individuali; deve conoscere le psicoterapie più efficaci per le diverse condizioni cliniche che potrebbe incontrare. Il professionista psicologo ha un ruolo molto importante nell'inquadramento e nel trattamento del DNA e, con la sua competenza, può contribuire ad orientare le azioni dei tecnici, dei familiari, del paziente verso la ricerca delle soluzioni più adatte.



La survey: gli psicologi ed il disturbo della nutrizione ed alimentazione

Martina Benincasa, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, ABA – Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari

L'Ordine Psicologi della Lombardia ha istituito nel 2023 un Tavolo Tecnico sui Disturbi della Nutrizione ed Alimentazione che raccoglie alcuni colleghi iscritti all'OPL con una lunga esperienza di lavoro nel settore.

Tra le attività previste per il Gruppo di Lavoro rientrava inizialmente una mappatura delle strutture specializzate nel trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in Lombardia. È stato, quindi, costruito un questionario che è stato inviato a tutti gli iscritti all'Ordine e che ha permesso di raccogliere i dati che oggi presenteremo. Più di 850 colleghi hanno partecipato all'indagine e hanno permesso di scattare una fotografia abbastanza realistica della molteplicità delle realtà esistenti. In questa fotografia colpisce l'elevata articolazione e complessità delle realtà che si occupano del disturbo dell'alimentazione e la loro varietà in termini di organizzazione, attività svolte, servizi erogati, personale impegnato. Gli esperti del Tavolo Tecnico hanno pertanto deciso di comune accordo di abbandonare l'idea iniziale della mappatura e di focalizzare la loro analisi sui dati della Survey forniti dagli Psicologi che lavorano sui disturbi della nutrizione e alimentazione nei diversi contesti.

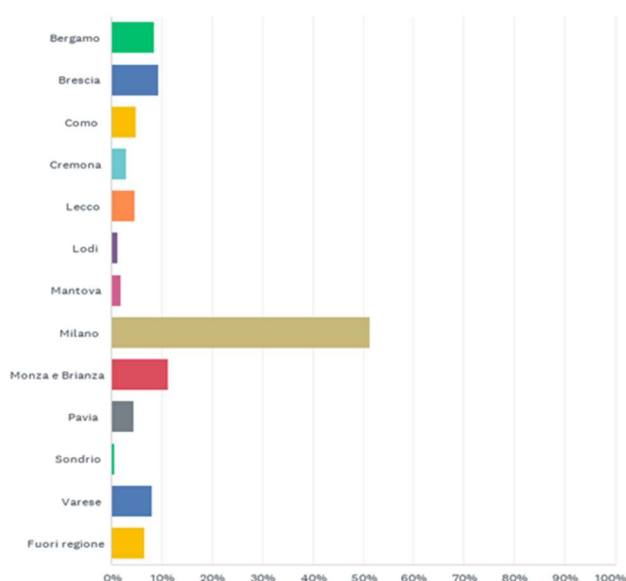
Peraltro, si è appreso che il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità il progetto "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: la Mappatura territoriale dei centri dedicati alla cura - MA.NU.AL." che vede la realizzazione della mappatura delle risorse territoriali per la presa in carico e il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Questa mappatura vuole rendere visibile in tempo reale le informazioni dei centri di cura che su base volontaria si registrano nella piattaforma, al fine di garantire ai cittadini affetti da tali patologie e alle loro famiglie i migliori livelli di accesso e appropriatezza dell'intervento. Il censimento è partito con un invito alla registrazione rivolto a tutti i centri di cura appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e a seguire sta coinvolgendo le strutture del privato accreditato. Una analoga attività verrà a breve avviata anche per le associazioni che operano nel settore. Chi fosse interessato a essere incluso nel censimento nazionale, può farlo accedendo al sito dell'Istituto Superiore della Sanità (<https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/>). La registrazione sulla piattaforma è volontaria, pertanto il censimento potrebbe non essere esaustivo delle realtà locali, tuttavia è in costante aggiornamento e confidiamo che anche il nostro passaparola possa servire a renderlo più completo.



Per quanto riguarda la Survey svolta in questi mesi del 2023 con gli psicologi iscritti ad OPL, i dati raccolti consentono di comprendere alcune cose rispetto al lavoro che svolgono e agli ambiti in cui operano: ciò permette di riflettere su diversi temi che verranno affrontati oggi dai diversi relatori di questo seminario.

Il sondaggio è stato, quindi, inviato ai circa 23.000 iscritti all'OPL. Sono state raccolte 847 risposte da parte dei colleghi psicologi. Tra questi, 554 hanno dichiarato di lavorare con i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: pertanto, nel procedere dell'analisi, sono state considerate le risposte di questi 554 psicologi che operano specificamente nel settore.





OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Bergamo	8.48%	47
Brescia	9.39%	52
Como	4.87%	27
Cremona	2.89%	16
Lecco	4.69%	26
Lodi	1.26%	7
Mantova	1.99%	11
Milano	51.44%	285
Monza e Brianza	11.37%	63
Pavia	4.51%	25
Sondrio	0.54%	3
Varese	8.12%	45
Fuori regione	6.68%	37
Totale rispondenti: 554		

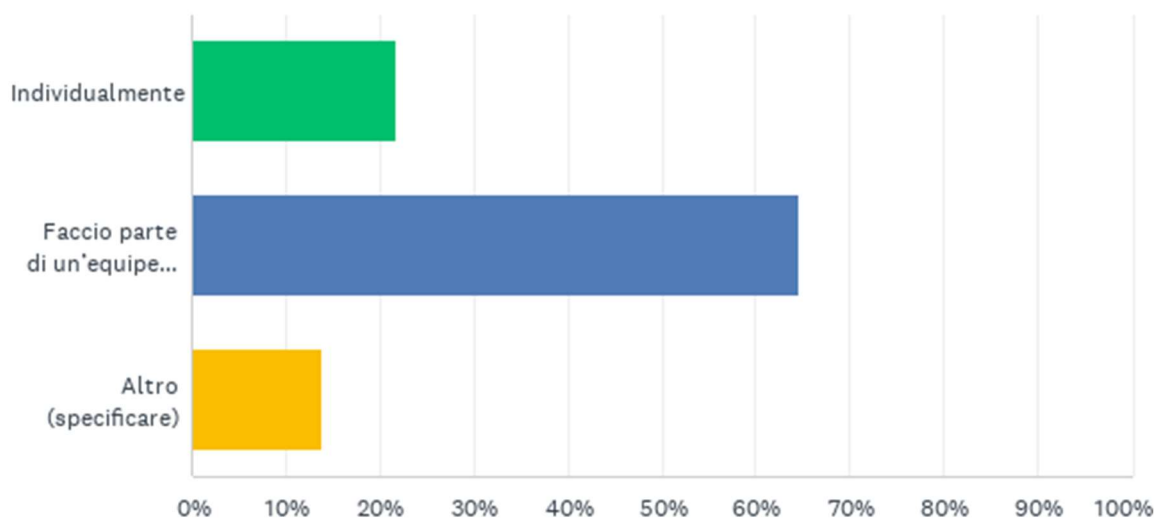
La prima domanda posta è relativa alla provincia nella quale viene svolta la professione. Il grafico mostra quelle che sono le province da cui sono pervenute le risposte da parte di psicologi che lavorano nel settore e che danno un'idea della maggiore o minore presenza di professionisti e di centri specializzati.

Come possiamo osservare nel grafico e come ci si poteva aspettare anche per motivi di ampiezza, Milano risulta essere la provincia dove opera la maggior parte dei colleghi, con un totale di 285 risposte (51.44 %). Al secondo posto troviamo Monza e Brianza con 63 risposte (11,37%). A seguire Brescia (9,39%) e Bergamo (8.48%). Le province più scoperte sono, invece, Mantova (11 risposte, 1,99%), Lodi (7 risposte, 1,26%) e Sondrio (3 risposte, 0,54%).

Queste risposte ci portano a formulare alcune ipotesi sulla presenza a macchia di leopardo in Lombardia di servizi pubblici e privati di servizi specializzati nei DNA in cui operano professionisti preparati per trattare questo tipo di disturbo. Questo trova riscontro nel fatto che in occasione di alcune iniziative di sensibilizzazione sul tema, come per esempio la Settimana Lilla, alcune province sono sempre assenti, rimanendo scoperte da eventi di prevenzione e sensibilizzazione. Sarebbe opportuno fare una riflessione su come consentire lo sviluppo di un'offerta clinica sufficiente e competente anche in quei territori che sembrano più scoperti ed impreparati; investendo sugli aspetti strutturali, sullo sviluppo della rete di intervento, sulla formazione dei professionisti.



Successivamente abbiamo chiesto ai partecipanti alla survey “In quale modalità svolgi la tua attività?”



OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Individualmente	21.69%	77
Faccio parte di un'equipe multidisciplinare	64.51%	229
Altro (specificare)	13.80%	49
TOTALE		355

Hanno risposto 355 psicologi e di questi: 229 lavorano in equipe, 77 lavorano individualmente; 49 hanno contrassegnato la risposta “Altro”, specificando per lo più che lavorano da soli ma hanno una collaborazione con altri servizi o professionisti. Riportiamo alcune risposte a titolo di esempio:

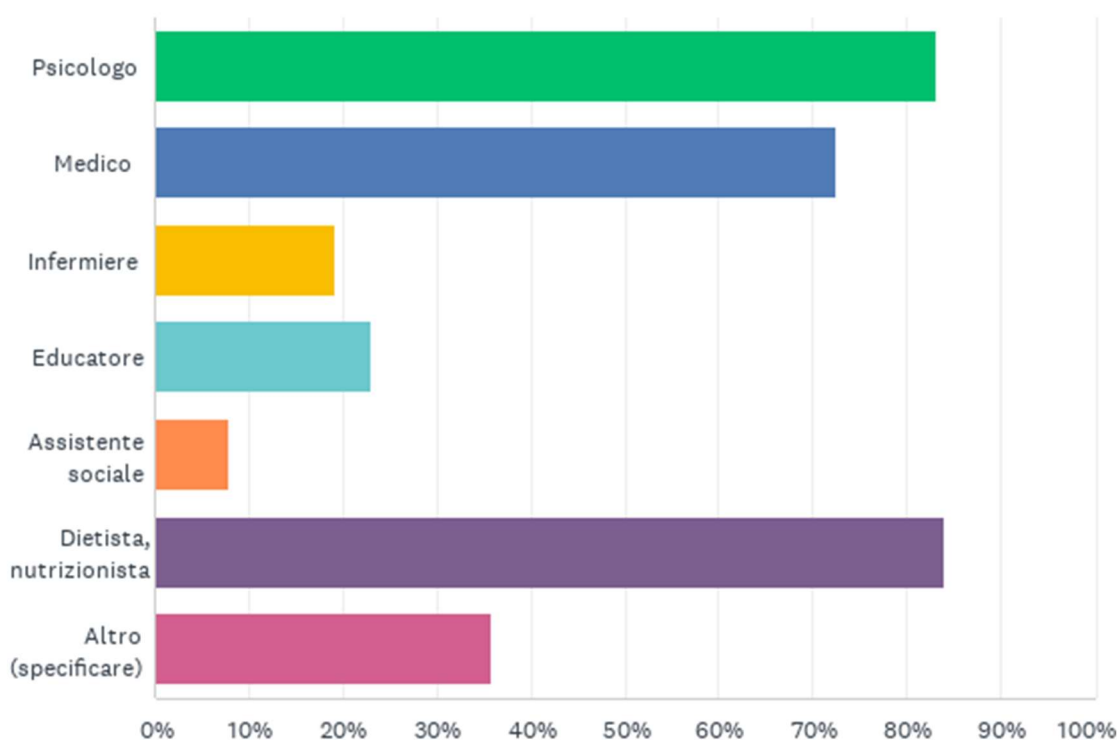
- individualmente in studio e ho attivato collaborazione con equipe esterne
- individualmente ma collaboro con professionalità diverse (nutrizionista, neuropsichiatra infantile, psichiatri, internisti, medico di base, reparto ospedaliero, ecc.)
- Individualmente e in equipe
- Dirigo un centro specializzato
- Individualmente ma con rapporti con altri professionisti e strutture a cui eventualmente inviare
- Individualmente e faccio parte di un'associazione internazionale
- Lavoro individualmente ma in rete con una equipe ospedaliera
- Lavoro in rete con professionisti DCA



Dalle risposte Altro, emerge che molti lavorano sia individualmente sia in equipe; molti altri ancora lavorano individualmente facendo rete con altri professionisti, servizi/reparti, o associazioni.

Le risposte raccolte aprono alcune riflessioni sulla tipologia di attività che è opportuno svolgere in Equipe multidisciplinari e/o in una Rete multidisciplinare. Ricordiamo che la presenza di una diagnosi di Disturbo della nutrizione ed alimentazione dà infatti indicazione per una presa in carico multidisciplinare dell'utente, e ciò è tanto più rilevante quanto più è grave il disturbo. Altre tipologie di attività possono essere svolte dal professionista psicologo che opera in autonomia o all'interno di equipe monoprofessionali: per esempio la prevenzione, la formazione, gli sportelli di ascolto per l'aggancio precoce, il supporto ai familiari, il mutuo aiuto.

Successivamente è stato indagato quali sono le figure che compongono l'equipe o la rete multidisciplinare con cui lavora lo Psicologo. Sono state raccolte 313 risposte:

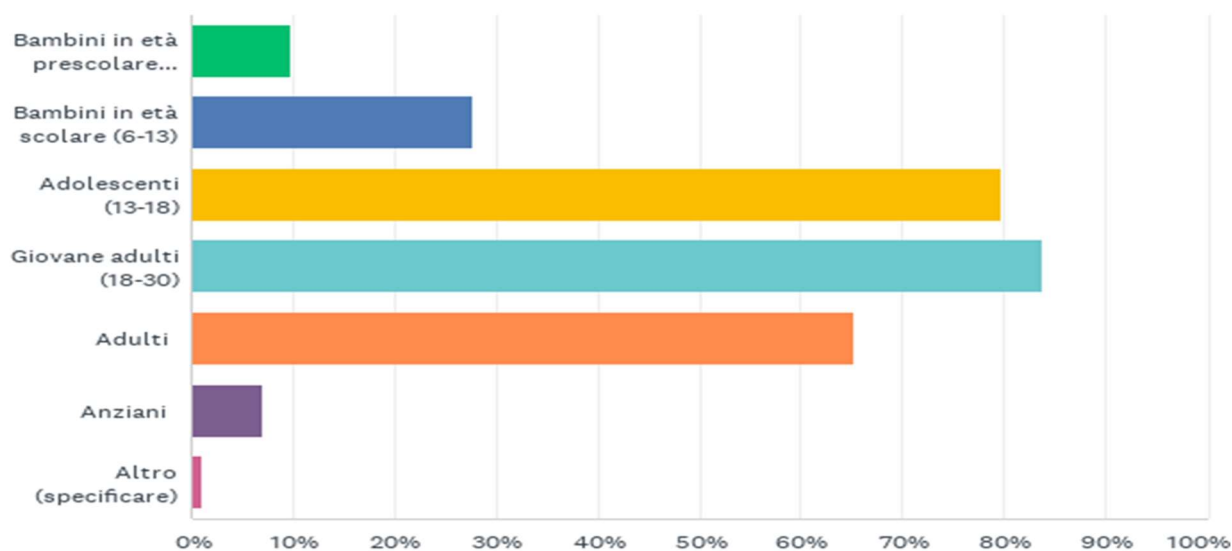




OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Psicologo	83.07%	260
Medico	72.52%	227
Infermiere	19.17%	60
Educatore	23.00%	72
Assistente sociale	7.99%	25
Dietista, nutrizionista	84.03%	263
Altro (specificare)	35.78%	112
Totale rispondenti: 313		

Notiamo come il Dietista e il Nutrizionista siano i professionisti più citati tra quelli con cui collabora lo Psicologo. Subito dopo troviamo la figura del Medico, poi gli Infermieri, gli Educatori e gli Assistenti sociali. Tra le risposte "Altro" (112 risposte), la figura più ricorrente è quella del Medico specialista della salute mentale: lo Psichiatra (51 risposte, 19,48%), il Neuropsichiatra infantile (16 risposte, 5,11%). Vengono citati anche l'Arteterapeuta/Danzaterapeuta, l'Osteopata, il Pediatra, il Fisioterapista, il Terapista della riabilitazione, lo Psicomotricista, il Biologo, il Personal trainer, l'Avvocato, l'Endocrinologo, l'Antropologo. Colpisce che qualcuno abbia risposto "Genitori", includendoli nella propria visione all'interno della équipe curante.

Abbiamo poi indagato qual è la fascia di età dell'utente con cui lavorano più frequentemente gli psicologi che operano sul disturbo della alimentazione:

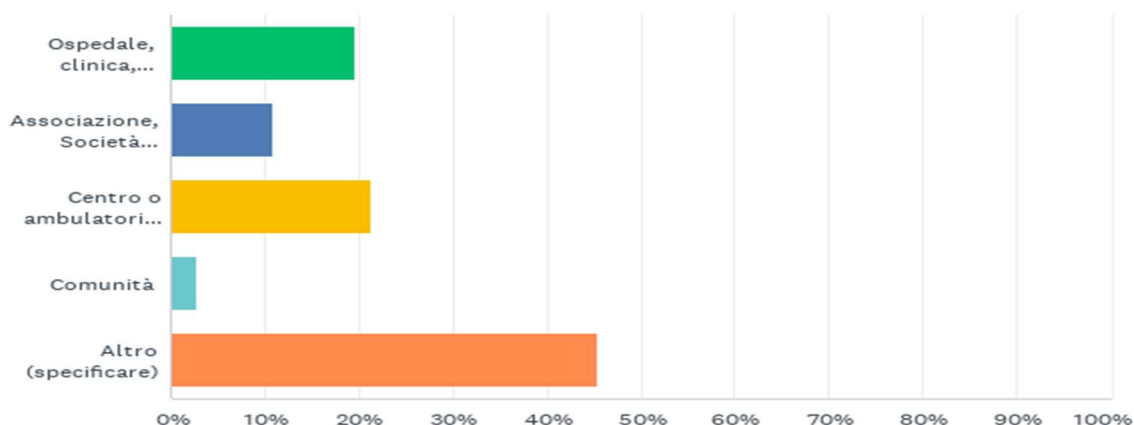




OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Bambini in età prescolare (0-6)	9.89%	35
Bambini in età scolare (6-13)	27.68%	98
Adolescenti (13-18)	79.66%	282
Giovane adulti (18-30)	83.90%	297
Adulti	65.25%	231
Anziani	7.06%	25
Altro (specificare)	1.13%	4
Totale rispondenti: 354		

In questa domanda il totale di risposte è stato di 354. Come possiamo osservare dal grafico, la fascia d'età che viene trattata maggiormente è quella dei giovani adulti 18-30 (83,90%, 297 risposte); subito dopo troviamo gli adolescenti 13-18 (79,66%, 282 risposte). Le risposte "Altro" specificano: disabilità; ogni età. Una percentuale più bassa lavora con gli anziani (7,06%, 25 risposte) e con i bambini in età prescolare 0-6 (9,98%, 35 risposte).

Si è quindi indagato sui contesti in cui lavorano gli Psicologi che operano sul Disturbo della nutrizione e alimentazione:

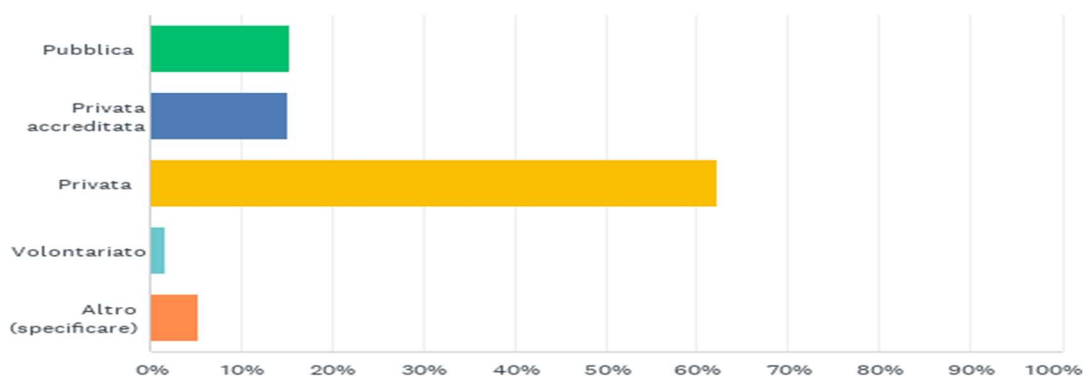




OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Ospedale, clinica, reparto	19.54%	68
Associazione, Società Scientifica, Cooperativa	10.92%	38
Centro o ambulatori territoriali	21.26%	74
Comunità	2.87%	10
Altro (specificare)	45.40%	158
TOTALE		348

Su un totale di 348 risposte, quella più comune è “Altro” (158 risposte, 45,40%), e tra queste la più ricorrente “Studio privato” (86 risposte, 24,71 risposte); in minor numero il Centro privato e il Consultorio. Lavorano in un “Servizio/Centro o Ambulatorio territoriale” in 74 (21,26%), “Ospedale, clinica, reparto” (68 risposte, 19,54%). Pochi rispondono “Associazione, società scientifica, cooperativa” e “Comunità”.

La domanda successiva indaga la tipologia di struttura in cui lavora lo Psicologo:



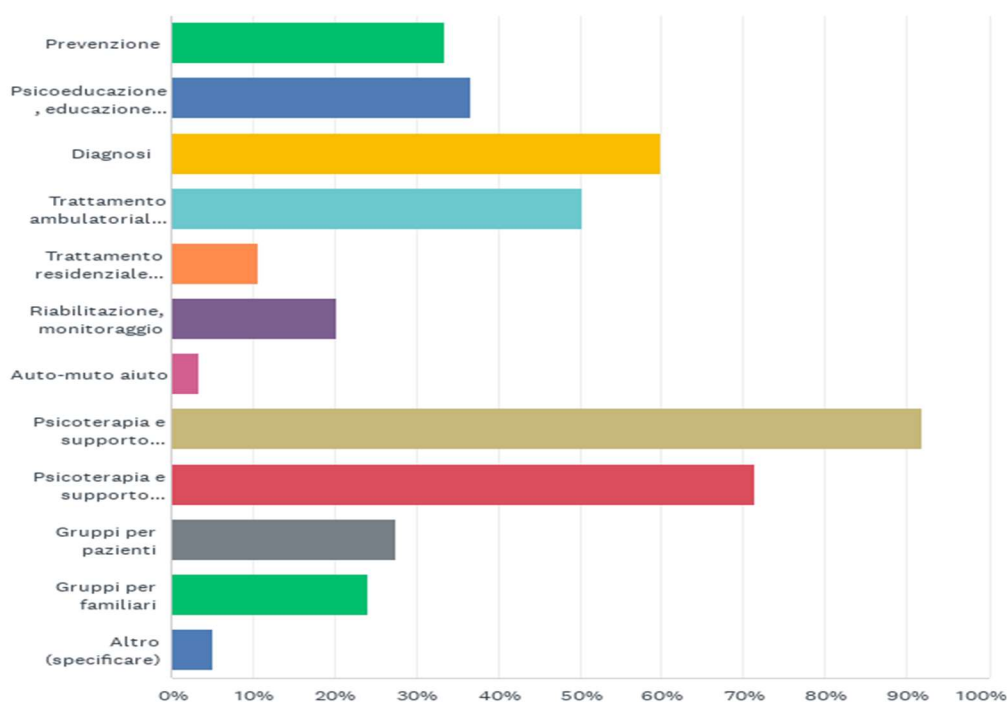
OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Pubblica	15.43%	54
Privata accreditata	15.14%	53
Privata	62.29%	218
Volontariato	1.71%	6
Altro (specificare)	5.43%	19
TOTALE		350



Il tipo di struttura più comune è quella privata (218 risposte e 62,29%), seguita da quella pubblica (54 risposte, 15,43%) e da quella privata accreditata (53 risposte, 15,14%). Infine, troviamo le strutture dedicate al volontariato. Anche le risposte nella sezione “Altro” confermano la maggiore diffusione di strutture private, tra esse ad esempio:

- Studio professionale
- Onlus del privato sociale
- Centro in parte privato e in parte accreditato
- Sia nel privato sia nel pubblico
- Privata con agevolazioni economiche e progetti per utenti in grave difficoltà economica
- Comunale

Abbiamo, poi, indagato quali sono le attività svolte nell’ambito dei disturbi della alimentazione dalle strutture in cui opera lo Psicologo:

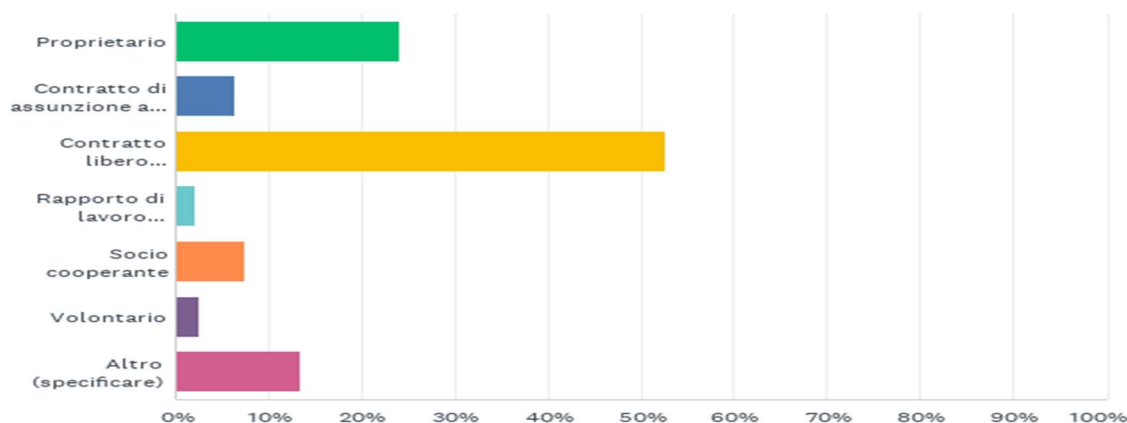




OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Prevenzione	33.53%	116
Psicoeducazione, educazione sanitaria	36.71%	127
Diagnosi	59.83%	207
Trattamento ambulatoriale multidisciplinare	50.29%	174
Trattamento residenziale multidisciplinare	10.69%	37
Riabilitazione, monitoraggio	20.23%	70
Auto-muto aiuto	3.47%	12
Psicoterapia e supporto psicologico al paziente	91.91%	318
Psicoterapia e supporto psicologico alla famiglia	71.39%	247
Gruppi per pazienti	27.46%	95
Gruppi per familiari	23.99%	83
Altro (specificare)	5.20%	18
Totale rispondenti: 346		

L'attività più diffusa risulta essere "psicoterapia e supporto psicologico al paziente" (318 risposte, 91,91%), seguita con una alta percentuale da "psicoterapia e supporto psicologico alla famiglia" (247 risposte, 71.39%). Quella meno diffusa invece è l'"auto-mutuo-aiuto" (12 risposte, 3.47%). Tra le risposte "Altro" (18 risposte, 5,2 %) vengono specificate: la ricerca, la formazione, l'arteterapia, il mindful eating; il centro diurno, l'attività scolastica, il trattamento riabilitativo post residenziale, la prevenzione, i test, incontri di sensibilizzazione per la cittadinanza, trattamento intensivo e day hospital, Attività corporea, Arteterapia, Gruppi psicoeducativi per familiari, Musicoterapia.

L'ultima domanda del sondaggio indaga il tipo di rapporto professionale tra lo psicologo e la struttura:





OPZIONI DI RISPOSTA	RISPOSTE	
Proprietario	24.13%	83
Contratto di assunzione a tempo indeterminato, determinato	6.40%	22
Contratto libero professionale	52.62%	181
Rapporto di lavoro occasionale	2.03%	7
Socio cooperante	7.56%	26
Volontario	2.62%	9
Altro (specificare)	13.37%	46
Totale rispondenti: 344		

Quello più frequente è il contratto di libera professione (181 risposte, 52,62 %), seguito dalla proprietà della struttura (83 risposte, 24,13%) e quindi dalla risposta "Altro" (46 risposte, 13,37%); tra le specificazioni riportiamo alcuni esempi: tirocinante, specializzanda, socio, volontario, legale rappresentante, Co.Co.Co.

Solamente 22 psicologi (6,40%) su 344 hanno un contratto di assunzione a tempo indeterminato, cosa che apre alcuni interrogativi sulla garanzia della continuità della cura da parte delle strutture.



Note a partire dalla survey sul ruolo dello psicologo nel lavoro con il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione

Domenico Cosenza, psicologo, psicoterapeuta, presidente di Kliné

1. *Interrogare la Survey*

In questo intervento partiremo dai dati emersi dalla Survey sul lavoro dello psicologo con pazienti che soffrono di disturbo dell'alimentazione e della nutrizione, rivolta agli psicologi iscritti all'OPL, messa in atto dal tavolo di lavoro sui disturbi della alimentazione e della nutrizione istituito dall'OPL stesso, ed i cui risultati sono stati elaborati e presentati dalla dottoressa Sacchelli e dalla dottoressa Benincasa. Ci soffermeremo su alcuni dati emersi dalle risposte degli iscritti all'Ordine alle domande poste nel questionario, per metterli in rilievo ed interrogarli alla luce della loro rilevanza nel quadro della cura con questa tipologia di pazienti nella nostra realtà regionale. È stato questo il punto che ha orientato quantomeno questo primo tempo dell'attività del tavolo di lavoro dell'OPL sui DAN: raccogliere e cercare di leggere quanto i colleghi che hanno risposto alle domande del questionario avevano da dirci a proposito della loro esperienza pratica d'intervento con questi pazienti, senza entrare nel merito dell'orientamento del trattamento e dei modelli di riferimento di ciascuno. Già a questo livello, infatti, che è quello di una topografia dei luoghi e delle forme d'intervento dello psicologo in questo campo, è possibile ottenere dei risultati interessanti per la nostra riflessione.

2. *L'équipe multidisciplinare nel lavoro con i DNA: una realtà diffusa, complessa e stratificata*

Un primo dato rilevante che ci preme sottolineare riguarda le risposte alla domanda del questionario relativa alla modalità di lavoro con questi pazienti. Il 64,51 % tra i 355 psicologi che hanno risposto alla domanda "in quale modalità svolgi la tua attività?" hanno risposto "faccio parte di un'équipe", e solo il 21, 69 % ha risposto "individualmente". È un dato che ci sembra rilevante anzitutto per una ragione: ci permette di constatare che il riferimento ad una équipe multidisciplinare nel trattamento dei DCA, che includa lo psicologo, il medico ed altri operatori è un principio ormai diffuso e orientante tra i colleghi che operano in questo campo. A supporto di questa tesi aggiungiamo che anche il restante 13,80 % dei colleghi che si sono espressi indicando "Altro", hanno in buona parte specificato anche in collaborazione con altri servizi o professionisti. È il segno che questo principio è entrato, dopo molti anni di insistenza sulla sua centralità, nella doxa dello psicologo operante in questo campo. Questo non significa escludere che lo psicologo possa svolgere una funzione utile in questo campo anche individualmente: tutte le aree relative alla prevenzione, alla formazione, al sostegno dei familiari, ne



son un esempio evidente. Ma è quando abbiamo a che fare con un sintomo strutturato, con un disturbo alimentare conclamato, che l'équipe multidisciplinare entra in gioco come una bussola di orientamento, al di là delle formazioni specifiche dello psicologo e psicoterapeuta. Questi disturbi, infatti, come altri sintomi contemporanei come le tossicomanie, colpiscono il reale del corpo in modo tale da rendere essenziale una presa in carico che unisca alla terapia di parola, che può offrire lo psicologo e psicoterapeuta, una cura della condizione organica del soggetto.

Allo stesso tempo, dalle risposte a questo quesito non si evince un'idea standard dell'équipe multidisciplinare, ma piuttosto viene presentato qualcosa di più variabile, eterogeneo, stratificato, che può prodursi nell'alleanza tra psicoterapia e medicina, arricchendola in forme differenti. Il riferimento minimo alla presenza dello psicologo, del nutrizionista o dietista e del medico costituisce infatti l'ossatura essenziale più rappresentata nelle risposte alla domanda sulle figure che compongono l'équipe multidisciplinare. Mi sembra interessante cogliere questo grado di stratificazione ed eterogeneità dell'équipe multidisciplinare che emerge dalle risposte dei colleghi, non tanto come il segno di qualcosa di imperfetto da ricondurre all'ideale di uno standard, quanto come il margine che potrebbe permettere a un'équipe di strutturarsi in modo più mirato attorno alle esigenze del caso singolo. A seconda della situazione infatti, un soggetto può giovare nel suo percorso della presenza di un'assistente sociale, di un educatore, o di un'arte-terapeuta per fare degli esempi. Rispetto a questo punto, un'idea più modulare dell'équipe multidisciplinare può anche essere pensata in rapporto all'entrata in campo delle figure terapeutiche, non tutte insieme da subito necessariamente, ma in una declinazione nel corso del trattamento che tenga conto anche dei tempi di apertura del soggetto, e che si produca alla luce di una lettura condivisa del caso nell'équipe terapeutica. Questo al fine di rendere più solida la possibilità di costruire un legame terapeutico che duri con dei pazienti che, notoriamente, si presentano tra i più refrattari al trattamento (e che spesso non ritengono neppure di essere malati), sia rispetto alla sua attivazione, sia nei confronti delle cure portate avanti fino alla loro conclusione. Da qui l'alto tasso d'interruzioni delle cure che possiamo riscontrare nel campo delle terapie dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

3. *Il contesto metropolitano, la diffusione e l'offerta di cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione*

Un dato che, certo, non sorprende ma balza all'attenzione del lettore dell'indagine è quello relativo alla concentrazione geografica degli psicologi che dichiarano di lavorare con questi disturbi, che emerge dalla risposta alla prima domanda sulla provincia di appartenenza. Milano risulta al 51,44 delle risposte. E' evidente che la dimensione della città predispone a questo primato. In una seconda fascia troviamo in ordine Monza e Brianza, Bergamo, Brescia e infine Varese, con un tasso



che va dall'11,37 di Monza e Brianza fino all'8,12 di Varese. Città comunque caratterizzate in modo diverso da una forte propensione industriale che le inserisce nella dinamica del capitalismo avanzato contemporaneo. La questione che porrei al riguardo è se forse non si possa riconoscere il dato sulla concentrazione degli psicologi che lavorano con questi disturbi in Lombardia come l'altra faccia della medaglia della concentrazione del disturbo stesso. Infatti, sappiamo che questi disturbi trovano il loro migliore bacino di coltura nelle aree metropolitane e cittadine dei Paesi a sviluppo capitalistico avanzato, in particolare laddove i modelli di riferimento propri al capitalismo contemporaneo, tra i quali la spinta al consumo e l'identificazione narcisistica a un certo ideale del corpo, trionfano nella carenza di trasmissione di un legame simbolico in grado di incarnare un limite. Del resto, anche quella dello psicologo è una professione che trova nella città il suo terreno di coltura e di massima espressione, e la psicoanalisi come *talking cure* nasce non per caso nella Vienna di inizio '900, la grande metropoli dell'allora Impero Austro-Ungarico, nello studio privato di Freud.

4. *Adolescenti e giovani adulti*

Non è una sorpresa per noi neppure quanto possiamo ricavare sulla fascia di età prevalente dei soggetti con DNA che i colleghi dichiarano d'incontrare nella loro attività. Gli adolescenti ed i giovani adulti presentano percentuali nettamente più alte (79,66% e 83,90%) rispetto alle fasce di età precedenti relative all'infanzia, ed in particolare rispetto alla prima infanzia. Le percentuali che troviamo per adolescenti e giovani adulti si riducono un po' stabilizzandosi in età adulta (65,25%), per abbassarsi decisamente in età avanzata. Anche qui possiamo ritrovare nelle risposte dei colleghi un certo isomorfismo logico in rapporto al tempo d'esordio di buona parte dei disturbi alimentari, che – in particolare per l'anoressia e la bulimia – trovano perlopiù proprio nel tempo della pubertà (ma anche già nella pre-pubertà) e nel processo dell'adolescenza il loro terreno di insorgenza e consolidamento. Allo stesso tempo, questa importante minore offerta degli psicologi rispetto all'età infantile occorre tenerla presente, come un dato che potrebbe rivelare una maggiore difficoltà e carenza nella formazione degli psicologi a lavorare in questo campo con i bambini. Rispetto a questo è importante tenere in considerazione il fatto che i disturbi da iperalimentazione, a differenza dell'anoressia e della bulimia, spesso hanno origine nell'infanzia e costituiscono uno spettro in grande espansione negli ultimi decenni, se consideriamo non solo il Binge Eating Disorder ma anche le forme di iperfagia per ora non incluse nel DSM.

5. *Sostegno psicologico e psicoterapia: ciò che più occupa gli psicologi nel lavoro con i DNA*

Gli psicologi che hanno risposto al questionario operano prevalentemente nel loro studio privato, e nel quadro di un'attività libero professionale. Lo psicologo può operare in differenti funzioni nel lavoro con questi pazienti. Può occuparsi di



interventi non legati direttamente al trattamento, ma alla prevenzione e alla formazione. Può occuparsi della diagnosi anche attraverso la somministrazione di test. Ma dall'indagine, ciò che risulta con più frequenza tra le attività dello psicologo in questo campo è la psicoterapia e il supporto psicologico al paziente (il 91,91 % delle risposte, e con una percentuale minore la psicoterapia ed il supporto alle famiglie ((71,39). Questa centralità della psicoterapia situa lo psicologo in un posto centrale per poter far emergere, nel lavoro con il paziente, le parole a lui necessarie per provare a dire quanto gli è accaduto con l'esordio del disturbo ed il suo consolidamento. Trattandosi di pazienti per i quali la letteratura riconosce una difficoltà radicale nel lavoro della simbolizzazione, un deficit della mentalizzazione, una non-operatività dello statuto metaforico del linguaggio o un rifiuto dell'Altro e delle sue leggi, è evidente come il compito dello psicologo con loro si riveli arduo. Come fare simbolizzare a questi soggetti qualcosa di ciò che è alla base del loro disturbo, quando ciò che li caratterizza è un tendenziale rifiuto della simbolizzazione? Questo paradosso interroga a maggior ragione questo dato così importante legato alla offerta psicoterapica degli psicologi in questo campo, mettendo in evidenza la difficoltà a cui si espongono nel loro lavoro con soggetti così refrattari al trattamento. Questa considerazione mette ancora più in luce l'importanza di un lavoro di formazione approfondita e costante sui fondamenti clinici e strutturali del lavoro con soggetti che hanno trovato in un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione la loro autoterapia, soluzione provvisoria che troppo spesso diventa prolungata stabilizzata e cronica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI :

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR), , American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, February 2022.

Bruch H., *Patologia del comportamento alimentare*, , Feltrinelli, Milano 1977

Brusset B., *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, , Borla, Roma, 2002

Cosenza D., *Il muro dell'anoressia*, , Astrolabio, Roma 2008.

Cosenza D., *Il cibo e l'inconscio. Psicoanalisi e disturbi alimentari*, , FrancoAngeli, Milano 2018.

Cosenza D., *Clinica dell'eccesso. Derive pulsionali e soluzioni sintomatiche nella psicopatologia contemporanea*, , FrancoAngeli, Milano 2022.

Cosenza D., *A Lacanian Reading of Anorexia*, , Routledge, London-New York 2023.



Cuzzolaro M., *Il corpo e le sue ombre*, Il Mulino, Bologna 2017.

Fonagy P., "Prefazione" a Robinson P., Skarderud F., Sommerfeldt B., *Fame. Trattare i disturbi alimentari con la mentalizzazione*, Astrolabio, Roma, 2022, pp. 7-12.

Polacco Williams G., *Paesaggi interni e corpi estranei. Disordini alimentari e altre patologie*, Bruno Mondadori, Milano 1999.



La prevenzione nei DNA

Federica Boeris, Psicologa psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, presidente Nutrimente ODV, Responsabile CTDA di Saronno

Scopo dell'intervento è quello di riflettere sui DNA e comprendere l'importanza della prevenzione nei DNA.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i DNA sono molto diffusi e negli ultimi anni, hanno visto un rapido incremento della loro incidenza tra la popolazione (Quaderni della Salute, 2013).

Sono la seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali, nella fascia di età compresa tra i 12 e i 18 anni e colpiscono circa il 5% della popolazione e l'età di esordio si sta sempre più preconizzando.

Negli ultimi anni è cambiata anche l'incidenza del disturbo all'interno della popolazione maschile, per cui se prima si trattava di disturbi che interessavano prevalentemente la popolazione femminile, oggi il rapporto maschi femmine è di 1 a 9. Una fotografia del fenomeno scattata dalla ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica) dimostra come nel periodo successivo al Covid, l'incidenza dei casi di DNA siano aumentata del 40%.

Tra i principali DNA vi sono anoressia nervosa, bulimia, BED e DNA non altrimenti specificati.

Questi disturbi hanno un'origine multifattoriale e sono stati rilevati dei fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento; pertanto, per prevenire questo tipo di disturbi è strettamente necessario andare a intervenire su questi fattori, informando e sensibilizzando la popolazione allo scopo di cogliere i primi campanelli di allarme, intervenire precocemente sugli esordi e trattare tempestivamente la cronicizzazione dei sintomi.

È stato infatti ampiamente dimostrato che quanto più precocemente si interviene sull'insorgere di un disturbo, quanto migliore sarà la prognosi.

Uno studio molto interessante (NHS, 2012), ha riscontrato che tra la comparsa dei primi segnali e l'inizio del trattamento, intercorre un periodo di circa 91 settimane, ovvero la durata di circa 2 anni.

In particolare, intercorre un lungo intervallo tra la comparsa dei primi segnali e il riconoscimento di un problema e un lungo periodo di tempo tra il primo contatto con il curante e l'inizio del trattamento specifico per il DNA. A tale proposito risulta molto importante offrire una formazione che interessi tutti gli attori che gravitano intorno ai DNA, con particolare interesse per i familiari e i professionisti che spesso per primi entrano in contatto con questi disturbi.



Alla luce di questi dati, si conferma l'importanza della prevenzione su questo tipo di disturbi.

Storicamente la definizione di prevenzione in medicina si basava sulla distinzione di tre livelli:

1. Nella prevenzione primaria avviene di fatto la prevenzione dello sviluppo della patologia. La prevenzione primaria si rivolge dunque ad una popolazione sana, per cercare di limitare la probabilità che un certo disturbo esordisca. Fanno parte di questo livello, ad esempio, gli interventi psicoeducativi nelle scuole e di sensibilizzazione ad un'alimentazione sana.
2. Nella prevenzione secondaria, la malattia è riconosciuta e curata precocemente, spesso prima della comparsa dei sintomi, riducendo al minimo le conseguenze sfavorevoli. La prevenzione secondaria si rivolge quindi principalmente a soggetti "a rischio" di sviluppare la patologia in questione e offre interventi mirati e formazione dei curanti perché siano in grado di riconoscere la patologia il prima possibile.
3. Nella prevenzione terziaria, una malattia pregressa, di solito cronica, viene trattata allo scopo di prevenire complicanze o ulteriori danni che potrebbe causare.

Più recentemente il concetto di prevenzione è stato aggiornato nei termini e attualmente molti si riferiscono alla distinzione tra:

1. Prevenzione universale, indirizzata alla popolazione generale. Lo scopo è di fornire a tutti gli individui le informazioni e le competenze necessarie per prevenire il problema. I programmi sono destinati a gruppi numerosi ed eterogenei che condividono lo stesso rischio generale. Ad esempio, rientrano tra questi, gli interventi psiconutrizionali, psicoeducativi o in grado di favorire la capacità di ascolto dei segnali del corpo nelle scuole primarie (per bambini e genitori), attività di sensibilizzazione con la comunità locale con mezzi di comunicazione diversi (ad esempio social, concerti, convegni ecc.).
2. Prevenzione selettiva, indirizzata a gruppi, considerati vulnerabili rispetto alla problematica. Nello specifico dei DNA si può effettuare prevenzione selettiva con interventi di sensibilizzazione per adolescenti, sportivi (soprattutto nell'agonismo), ovvero le categorie maggiormente a rischio di sviluppare un disturbo, nonché formando i caregiver e i professionisti della salute, insegnanti e coach a riconoscere l'esordio del disturbo il prima possibile.
3. Prevenzione indicata, indirizzata a individui con conclamata problematicità, quindi già diagnosticati con un DA-N. In questo senso sono importanti interventi atti a supportare e potenziare le terapie e mirati a migliorare la qualità della vita prevenendo le ricadute.



Attualmente il tema della prevenzione nei DNA ha riscosso molto interesse.

In particolare, La Regione Lombardia è una delle regioni italiane che più si è mossa negli ultimi 2 anni, durante i quali, grazie alla legge Legge n. 2 del 23 febbraio 2021, "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie" si è costituita una Cabina di regia che ha visto i principali esperti di DNA regionali lavorare insieme per ridurre il sovraccarico del sistema e favorire un maggiore lavoro di rete.

Una parte della delibera sofferma la sua attenzione sull'importante tema della prevenzione, affidando alle associazioni l'importante compito di portare avanti a livello territoriale attività di sensibilizzazione, informazione e prevenzione su tutto il territorio, con particolare riferimento alle scuole.

Generalmente, quindi, le attività di prevenzione vengono promosse da iniziative ministeriali e regionali e vedono coinvolte nella loro realizzazione le realtà associative presenti sul territorio.



La Prevenzione dei DNA in Italia

Deborah Colson, psicologa psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, coordinatrice del Servizio Disturbi Alimentari dello studio associato ARP, Fondatrice del Progetto FoodNet di prevenzione ai DNA.

Il concetto di prevenzione appare strettamente e direttamente correlato a quello di “Promozione della Salute” definito fin dal 1948 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come: “il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla”¹.

Dagli anni Cinquanta in poi, dunque, e via via progressivamente in maniera sempre più decisa, diffusa e supportata da istituzioni, enti pubblici e politiche sanitarie, il concetto di Prevenzione ha preso piede nella cultura internazionale dei paesi industrializzati, con lo slogan “Prevenire è meglio che curare” (anche se non dovremmo dimenticare che tale motto altro non è che una traduzione del detto latino “*Prestat Cautela, quam Medela*”, a testimoniare le lunghe radici di una consapevolezza antica...).

Ma come si fa Prevenzione ai Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione [DNA] in Italia? Insieme al mio team di lavoro, abbiamo cercato di attuare una mappatura – effettuata tramite una ricerca online, e dunque necessariamente parziale e non esaustiva – dei vari enti/soggetti che in Italia propongono e mettono in atto interventi preventivi ai disturbi dell’alimentazione, e di suddividere tali interventi secondo la classificazione illustrata dalla dott.ssa Boeris nel suo intervento.

Dalla ricerca effettuata online, le strutture che propongono interventi di prevenzione in Italia risultano 71, geograficamente così suddivise:

Strutture che attuano interventi di prevenzione ai DNA in Italia:			
Valle d’Aosta	0	Marche	3
Piemonte	6	Lazio	6
Lombardia	13	Abruzzo	0
Trentino Alto Adige	2	Molise	0
Veneto	7	Campania	4
Friuli Venezia Giulia	2	Puglia	3
Liguria	1	Basilicata	0
Emilia Romagna	4	Calabria	0
Toscana	10	Sicilia	2
Umbria	4	Sardegna	3
TOT 71			

Scendendo nel dettaglio delle varie forme di prevenzione ai DNA, si registra:



Strutture che attuano interventi di <i>prevenzione primaria</i> ai DNA:			
Valle d'Aosta	0	Marche	2
Piemonte	2	Lazio	5
Lombardia	8	Abruzzo	0
Trentino Alto Adige	1	Molise	0
Veneto	5	Campania	4
Friuli Venezia Giulia	2	Puglia	2
Liguria	1	Basilicata	0
Emilia Romagna	4	Calabria	0
Toscana	7	Sicilia	2
Umbria	2	Sardegna	2
TOT 49			

Strutture che attuano interventi di <i>prevenzione secondaria</i> ai DNA:			
Valle d'Aosta	0	Marche	2
Piemonte	5	Lazio	4
Lombardia	10	Abruzzo	0
Trentino Alto Adige	1	Molise	0
Veneto	6	Campania	4
Friuli Venezia Giulia	1	Puglia	2
Liguria	1	Basilicata	0
Emilia Romagna	3	Calabria	0
Toscana	7	Sicilia	2
Umbria	3	Sardegna	1
TOT 52			

Strutture che attuano interventi di <i>prevenzione terziaria</i> ai DNA:			
Valle d'Aosta	0	Marche	2
Piemonte	4	Lazio	1
Lombardia	7	Abruzzo	0
Trentino Alto Adige	2	Molise	0
Veneto	4	Campania	3
Friuli Venezia Giulia	1	Puglia	1
Liguria	1	Basilicata	0
Emilia Romagna	4	Calabria	0
Toscana	4	Sicilia	1
Umbria	4	Sardegna	2
TOT 41			



Come si può notare, emerge immediatamente una forte differenza tra regioni del Nord e del Sud Italia, a conferma di quello che sappiamo già ormai da tempo:

- nel Nord e nel Centro Italia ci si occupa più capillarmente di DNA;
- tra le regioni del Nord, la Lombardia è quella con il maggior numero di strutture attivamente dedicate al tema dei DNA;
- in diverse regioni italiane non si registrano attività di prevenzione ai DNA.

Una nota alla lettura di questi dati è che alcune strutture hanno sedi operative in diverse regioni di Italia: in questa analisi si è scelto di considerare le varie “filiali” come enti erogativi indipendenti, anche se tecnicamente potrebbero essere intesi come facenti capo a un unico ente.

Scendendo invece nel dettaglio di *cosa* si fa, in Italia, quando si fa prevenzione ai DNA, si possono registrare le seguenti attività, sempre suddivise per tipologia, e qui elencate in ordine decrescente di diffusione / frequenza:

Come si fa <i>prevenzione primaria</i> ai DNA in Italia:	
1	Eventi e iniziative di sensibilizzazione: gare, eventi sportivi, concerti, piece teatrali, mostre fotografiche, laboratori artistici, yoga, mindfulness
2	Adesione a giornate / settimane di sensibilizzazione
3	Incontri pubblici: convegni, workshop, seminari, conferenze sui DNA e la loro gestione
4	Siti web dedicati, blog, newsletter, biblioteche tematiche
5	Diffusione di contenuti sui DNA attraverso social media e stampa
6	Formazione di medici di base, pediatri, operatori dell'infanzia, per favorire diagnosi tempestive e buone pratiche
7	Libri, documentari, podcast, app, videogiochi
8	Studi e ricerche sui DNA
9	Interventi psiconutrizionali nelle scuole elementari e negli asili

Come si fa <i>prevenzione secondaria</i> ai DNA in Italia:	
1	Interventi psicoeducativi nelle scuole superiori di 1° e 2° grado
2	Eventi di sensibilizzazione sui DNA rivolti a adolescenti e giovani adulti
3	Messaggi tramite social network destinati ad adolescenti e preadolescenti
4	Laboratori artistici, teatrali, culinari, yoga, per adolescenti a rischio DCA
5	Formazione per insegnanti delle scuole superiori, allenatori, personal trainer, insegnanti di danza, volontari ed educatori
6	Formazione destinata a caregiver di pazienti DNA
7	Challenge, bandi, gare, progetti fotografici tesi al coinvolgimento e l'espressione degli adolescenti
8	Eventi di sensibilizzazione rivolti a gruppi sportivi e fashion model



9	Workshop, seminari, incontri sui DCA destinati ad adolescenti e giovani adulti
10	Gruppi di sensibilizzazione rivolti a genitori di adolescenti

Come si fa <i>prevenzione terziaria</i> ai DNA in Italia:	
1	Laboratori di creatività, arteterapia, musica, teatro, cucina, fotografia, ortoterapia, yoga, mindfulness / mindfuleating per pazienti con DNA
2	Gruppi di AMA (Auto Mutuo Aiuto) per pazienti con DNA e i loro familiari
3	Sportelli di ascolto sui DNA nelle scuole secondarie di 1° e 2° grado
4	Challenge sui social media destinati a pazienti con DNA incentrati sul concetto di guarigione, accettazione del proprio corpo, evoluzione personale
5	Gruppi di sostegno per pazienti con DNA e i loro familiari
6	Percorsi formativi (per es, "Educazione all'utilizzo dei social media") per pazienti con DNA / afferenti a centri di cura
7	Percorsi di riabilitazione bio-psico-sociale per pazienti con DNA dopo un ricovero
8	Spazi di accoglienza per persone con DNA
9	Help-line per persone con DNA e loro caregiver
10	Spazi di condivisione pasti per persone con DNA

Come è stato efficacemente illustrato dall'intervento introduttivo alla Prevenzione prima di me, i recenti dati epidemiologici sulla diffusione dei DNA post-pandemia sono allarmanti: basti pensare ai risultati emersi dalla interessante ricerca pubblicata su Jama Pediatrics² a febbraio 2023, da cui emerge che:

- nel mondo più di un giovane su 5 soffre di un DNA;
- l'Italia si posiziona oltre la media internazionale, con 1 giovane su 3;
- il 30% degli ammalati ha tra i 12 e i 17 anni.

Sorge dunque spontaneo chiedersi: si poteva fare qualcosa, prima?

Si poteva intervenire in qualche modo per aiutare tutti i ragazzi e le ragazze che arrivano a rischiare la propria vita per un DNA a non sviluppare sintomi così gravi e invalidanti? Dai dati emersi dalla mappatura appena illustrata, in Italia gli interventi di Sensibilizzazione e quelli destinati agli adolescenti sono le forme di prevenzione più diffuse e strutturate.

La Prevenzione Primaria *pura*, intesa come il tentativo di andare a intervenire *prima* che un Disturbo Alimentare si manifesti – e dunque rivolta a soggetti di età inferiore agli 11 anni e le loro famiglie – è quella meno diffusa.

Attuare interventi di prevenzione primaria con bambini di età inferiore ai 12 anni 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.



Considerati i drammatici dati del nostro Paese, sarebbe auspicabile proporre al Ministero della Salute e a quello dell'Istruzione e del Merito un modello di Prevenzione Primaria che raggiunga gli alunni di tutte le scuole elementari d'Italia e incentrati su:

- educazione alimentare;
- riconoscimento dei segnali corporei;
- focus sul legame tra alimentazione ed emozioni;
- alfabetizzazione emotiva;
- coinvolgimento delle famiglie e degli insegnanti.

Numerose ricerche scientifiche hanno verificato e dimostrato che, se messi in atto in tempi e con modalità adeguati, gli interventi di prevenzione possono significativamente migliorare le condizioni di salute generale e la qualità della vita delle persone.

Riducendo l'incidenza delle varie forme di malattie, un ulteriore vantaggio della prevenzione primaria è quello di ridurre i costi dei Servizi pubblici³.

La possibilità di realizzare interventi di prevenzione sui potenziali Disturbi del Comportamento Alimentare, 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 frequenti⁴.

Prevenire un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione significa giocare d'anticipo, prima che una difficoltà legata al cibo o all'identità corporea si trasformi in una patologia vera e propria. Facilitare e stimolare una piena consapevolezza dei meccanismi emotivi alla base del ricorso al cibo ha l'obiettivo di strutturare una sorta di protezione verso il ricorso all'alimentazione in maniera istintiva e inconsapevole.



La prevenzione nel WEB: l'anoressia online

Chinello Alessandro, Psicologo Psicoterapeuta, specialista in neuropsicologia,
dottore di ricerca - Fondazione Maria Bianca Corno

A partire dagli anni '90 del secolo scorso nei paesi occidentali, gli allarmanti dati epidemiologici del fenomeno anoressico considerato una nuova emergenza sociale (Costantino, 2008; Selvini Palazzoli, 2012) hanno promosso la nascita di un rinnovato interesse politico-istituzionale verso l'anoressia e i disturbi alimentari, determinando un incremento considerevole degli studi e delle ricerche in questo dominio, nonché stimolando la redazione di linee guida (es. "Le Buone Pratiche nella cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare", 2008, ASL2 Regione Umbria; Decreto N.4408, Regione Lombardia; vedi inoltre Wilson, 2005) e di direttive ministeriali specifiche (Ministero della Salute, 2017).

In questo campo effervescente e complesso, la recente introduzione di nuovi spazi, quelli virtuali di internet, ha contribuito alla nascita di una "nuova generazione di disturbi alimentari" (Guerini Rocco, 2016). All'interno di questa cornice, il fenomeno Proana (pro-anoressia) è costituito da gruppi di persone che condividono un tratto anoressico nel mondo digitale. Infatti, queste comunità virtuali sono costituite prevalentemente da giovani ragazze che enfatizzano comportamenti e scelte anoressizzanti, promuovendo l'anoressia nervosa come stile positivo di vita e organizzandosi all'interno di una vasta rete di siti interconnessi. Trattasi di spazi virtuali quali blog, forum, diari personali e pagine di siti caratterizzati da un intenso scambio di opinioni e commenti riguardanti le scelte alimentari, la propria immagine corporea, le relazioni sociali e le emozioni. All'interno di questi siti, ritroviamo materiale multimediale (foto, video, oggetti) e prodotti linguistici (preghiere, regole, liste, poesie, prescrizioni) finalizzati a verificare i risultati corporei raggiunti tramite una dieta restrittiva o ad enfatizzare ritualità e aspetti trascendentali legati al culto dell'anoressia nervosa come divinità (dea ANA; Rizzuti, 2010; Fabietti, 2014). In aggiunta, i membri di queste comunità offrono un aiuto, una guida e dei consigli rivolti agli utenti (users) di questi siti, favorendo un senso di appartenenza ad una comunità virtuale che contribuisce a fornire agli adolescenti un supporto anche identitario (Dias, 2003; Margherita 2013; Teufel et al, 2013).

Nel campo della prevenzione clinica, la presenza di questi spazi virtuali rappresenta un nuovo, interessante e sfidante campo di azione da parte degli psicologi e degli operatori sanitari. In particolare, studi hanno confermato come i siti PROANA possano determinare una peggiore percezione della propria immagine, maggior perfezionismo, incrementato impulso patologico alla magrezza, deflessione del tono dell'umore, diminuzione dell'attrazione percepita, aumento della sensazione di essere sovrappeso, resistenza al trattamento medico e minore propensione alla ricerca di aiuto esterno, peggioramento della sintomatologia per



emulazione o rinforzo (Bardone-Cone & Cass, 2007; Delforterie et al., 2014; Custers & Van den Bulck, 2009; Knobloch-Westerwick, 2015; Fernandez & Pritchard, 2012; Fox, et al. 2005; Rouleau & Ranson, 2011).

Le azioni di prevenzione negli spazi PROANA risentono di limitazioni riguardanti le difficoltà legate alle restrizioni di accesso alle comunità Proana, alla scarsa conoscenza dei social e di strumenti tecnologici da parte degli operatori sanitari e da difficoltà nell'identificare i siti Proana sulla base di criteri condivisi. Nella relazione, saranno presentati anche modalità legate alla costruzione di strumenti di screening online dei DNA (es. DiCA33).



Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA

Alessandro Raggi, Psicologo, Psicoterapeuta, Vice-Presidente Fondazione Ananke di Villa Miralago, Direttore Scuola di Psicoterapia analitica AION

Quello dei disturbi dell'alimentazione è un campo delicato, in cui la complessità della psiche umana incontra la tangibilità del corpo. Per questa introduzione al lavoro svolto con la collega Dott.ssa Dora Aliprandi di ABA, ho deciso di focalizzarmi su un elemento che forse diamo per scontato nella nostra professione, ma che è centrale nel processo terapeutico: la parola.

Vorrei sottolineare **tre dimensioni** essenziali della parola, che saranno il preludio al suo approfondimento:

- Parola come **cura**
- Parola come **rischio**
- Parola come **limite**

CURA

La centralità della parola nella terapia

Ogni orientamento terapeutico, pur con le sue specificità, concorda su un punto fondamentale: la cura passa attraverso la parola. È attraverso il dialogo, il racconto, la comprensione e l'ascolto che cerchiamo di costruire un ponte con il paziente. È mediante la parola che, come terapeuti, aspiriamo a facilitare la trasformazione e l'espansione dei pensieri, dei sentimenti, dei comportamenti, delle percezioni e delle relazioni dei nostri pazienti. Ma anche di tessere nuove narrazioni e di ricostruire storie interrotte. E mentre questo concetto potrebbe sembrare scontato, diventa centrale se ci fermiamo a riflettere su come e con quali parole costruiamo questo processo.

L'importanza delle Parole Chiave

Utilizzare le parole corrette, quelle "chiave", è fondamentale nel nostro lavoro. Esse possono funzionare come veri e propri strumenti, capaci di illuminare le zone d'ombra della mente, riconnettere pezzi di una storia frantumata, ristrutturare schemi di pensiero o semplicemente creare un senso di accettazione e comprensione. Ma, come spesso accade, gli strumenti più potenti sono anche quelli che presentano i rischi più grandi.

RISCHIO

Il rischio dell'Oggettivizzazione



Viviamo in un'epoca in cui la rapidità della comunicazione e l'abbondanza di informazioni possono portare a un appiattimento delle parole. Termini come "malattia", "diagnosi", "terapia", "cura" e "anoressia" possono trasformarsi in mere etichette se non vengono usate con consapevolezza. Pensiamo, ad esempio, al termine "diagnosi". Questo dovrebbe rappresentare un processo dinamico, attento e costantemente in aggiornamento, ma troppo spesso lo vediamo ridotto a una statica istantanea, un'etichetta che rischia di fissare il paziente in un ruolo e in una definizione.

"Diagnosi" può diventare una trappola, "terapia" una routine, e "anoressia" una prigionia. La dinamica e la fluidità della psicopatologia richiedono un'attenta riflessione su come usiamo e interpretiamo le parole.

Riflettendo sul concetto di "malattia", ad esempio, ci rendiamo conto di quanto esso stesso sia fluido e mutevole. Se da un lato abbiamo una definizione quasi univoca di "salute" fornita dall'OMS, che pure ha subito revisioni nel corso del tempo, dall'altro, il concetto di "malattia" resta sfuggente e variabile. Ciò è particolarmente evidente nel campo della psicopatologia. Alcune condizioni, che venivano considerate patologiche in passato, oggi sono state rivalutate e non sono più incluse nei manuali nosografici. Al contrario, nuove forme di sofferenza psicologica emergono e vengono riconosciute come tali, guadagnando un posto nei testi di riferimento. Questo dinamismo ci ricorda l'importanza di mantenere un approccio aperto e critico, evitando di appiattire la nostra comprensione e di ridurre le persone a semplici diagnosi o etichette.

LIMITE

Il limite della parola

La parola ha dei limiti e pone allo stesso tempo dei limiti.

Il limite della parola, non di rado, è il corpo stesso: come pensare di curare un corpo estremamente malnutrito, cachettico, con la parola? Il corpo nelle sue manifestazioni più estreme può essere al di là delle capacità curative della sola parola. Pur riconoscendo il potere e l'importanza della parola nella nostra professione, è essenziale riconoscere anche i suoi confini. E mentre cerchiamo di curare il soggetto attraverso il dialogo e la comprensione, dobbiamo sempre ricordare che il corpo, con le sue esigenze e manifestazioni, necessita di un intervento multidimensionale che va al di là delle sole parole.

I limiti imposti dalla parola

Se la parola ha i suoi limiti, essa deve anche saper porre un limite.

Allo stesso modo, se la parola pone dei limiti, essa deve anche riconoscere i propri.

Un limite a ciò che si può produrre con la parola: le linee guida e i protocolli ad esempio.



Non vanno confusi, infatti, i non limiti della parola, spesso astratti, con i limiti della realtà clinica estremamente più complessa, mutevole, variegata delle riduzioni manualistiche.

I limiti posti dalla parola riverberano, infatti, nei documenti, nei protocolli, nelle linee guida, che riflettono la pur giusta necessità di una consapevolezza condivisa e comune, ma sovente si spingono sino all'ideale irraggiungibile di una 'medicina di precisione', di un illusorio 'gold standard' per la cura di fenomeni che non sono riducibili alle variabili minime dei termini che non li definiscono.

I limiti delle Linee Guida

Le linee guida e i protocolli sono strumenti indispensabili nella nostra pratica. Ci offrono mappe consolidate e basate sull'evidenza che guidano il nostro intervento. Tuttavia, è cruciale ricordare che sono appunto strumenti e non fine a sé stessi. Dietro ogni protocollo e ogni raccomandazione c'è una persona, un individuo unico e irripetibile con la sua complessa rete di emozioni, esperienze e aspirazioni. Una buona prassi, quindi, non si ferma all'adesione meccanica alle linee guida. Ciò che differenzia un intervento tecnicamente ineccepibile da una terapia veramente efficace è spesso qualcosa di impalpabile, una qualità che va al di là del semplice protocollo.

Allo stesso modo, una squadra multidisciplinare potrebbe avere tutte le competenze sulla carta, ma ciò che realmente determina il suo successo è la qualità delle interazioni, la comprensione reciproca e la capacità di lavorare verso un obiettivo comune.

Non possiamo permettere che la standardizzazione e le riduzioni manualistiche sostituiscano l'unicità e la complessità di ogni individuo. Le linee guida, pur essendo indispensabili, devono essere viste come mappe, non come destinazioni.

In conclusione, nel nostro cammino professionale, mentre continuiamo ad acquisire competenze tecniche e ad affinare la nostra pratica, non dobbiamo mai dimenticare il valore inestimabile e l'importanza delle parole. La parola giusta, usata nel momento giusto, può davvero fare la differenza.



Parole chiave e formazione: le buone prassi nella clinica dei DNA

Dora Aliprandi, Psicologa, Psicoterapeuta Individuale e di gruppo, Comitato Scientifico ABA – Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari, Socio SIPRE
dora.aliprandi@gmail.com

IL CONTESTO

I disturbi dell'alimentazione si collocano in quell'area di confine tra soggettività corporea e mentale, socialità e cultura che li rende esempi significativi dell'intrecciarsi di individualità e contesto storico-sociale e familiare. 'Un ragionamento corretto evita di stabilire delle alternative, che rispondono al bisogno di raggiungere l'essenza del disturbo: non esiste in realtà nessuna essenza dominabile, ma una complessa figura polideterminata' (Berlincioni, 2005, p. 31). In tal senso sono considerati patoplastici: mentre i processi patogenetici sono da rintracciare nella storia, nelle relazioni e nella struttura delle persone, la forma che prende il sintomo è legata al contesto culturale, veste gli abiti dell'epoca contemporanea.

Nel caso dei disturbi del comportamento alimentare il rischio è quello di orientare la diagnosi e il trattamento o solo sui sintomi, o solo sugli aspetti psicologici, determinando o 'un'organicizzazione estrema', oppure una 'psicologizzazione estrema', incorrendo cioè nel pericolo di 'ratificare e perpetuare la scissione tra emotività e corporeità – all'origine della malattia per tutti i pazienti [...] - che il clinico al contrario dovrebbe cogliere e rendere oggetto di cura' (Caruso, Manara, 1997).

La difficoltà della descrizione e dei criteri diagnostici spesso confusi, a volte accorpati, sembra essere legata al fatto che medicina, psichiatria e psicologia hanno cercato a volte di arroccarsi con il proprio dominio sul corpo, sul cervello e sulla mente, il diritto esclusivo sulla patologia alimentare che forse, più di altri disagi proprio per le caratteristiche sintomatologiche, mette in luce quanto sia impossibile ridurre a singole parti l'unitarietà del soggetto.

I disturbi alimentari, nel loro darsi fenomenico e clinico, nelle proprie plasticità e complessità sincro-diacroniche, rifuggono paradossalmente le rigide schematizzazioni che la sintomatologia stessa incarna: la logica che è importante per me qualsiasi approccio di studio e di trattamento deve essere pertanto quella della complessità.

PAROLE CHIAVE NELLA CLINICA DEI DNA

Nella clinica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono essere



individuare alcune parole chiave che rappresentano dei cardini su cui poter incentrare gli interventi di diagnosi e cura.

Equipe multidisciplinare integrata: quid est?

Come esposto nelle *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione* del 2017 (Quaderni del Ministero della Salute), il principio generale per il trattamento di un DCA è quello di un: “[...] *Approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato in cui sono coinvolte diverse figure professionali dell’area sanitaria* [...]”.

L’aggettivo multidisciplinare fa riferimento alle diverse competenze professionali che ciascuno membro dell’équipe, per la propria specializzazione, apporta al lavoro sul caso: medico, psichiatra, psicoterapeuta, educatore, infermiere. In tal senso la multidisciplinarietà viene calata in virtù del livello di assistenza in cui si svolge la presa in carico- ospedale, day hospital, ambulatorio-, dagli obiettivi che si pone e dall’utenza con cui lavora.

L’aggettivo integrato fa riferimento ad un lavoro di équipe che non sia solo svolto in parallelo dalle diverse figure professionali, ma in modo congiunto, come un’unica mente pensante, un elemento di unità, un luogo di pensabilità in cui confluiscono diverse istanze e che contrasta la tendenza delle spinte dissociative e frammentarie tipiche di questa sintomatologia.

Questa straordinaria totalità mentecorpo o corpomente deve, infatti, favorire una proficua collaborazione tra cultori di discipline diverse. Diviene essenziale un’integrazione tra interventi differenti: “le diverse terapie che agiscono sugli aspetti intrapsichici, interpsichici e biologici (...) possono costituire un intervento scisso, agendo la scissione portata dal paziente o, al contrario, un’integrazione di parti individuali e collettive, incarnate nei diversi terapeuti, se questi riescono a lavorare in modo sinergico tra loro” (Montecchi, 2009, p. 423). Intesa in questo modo, l’équipe consente un costante lavoro di reciproco sostegno e monitoraggio per non “inciampare” nella tentazione molto seducente di colludere con gli aspetti narcisistici e mortiferi di questa patologia.

Diagnosi: dal disturbo alimentare ai disturbi alimentari

L’analisi etimologica del termine “diagnosi” rivela come esso sia composto dal verbo “ghignosco” (“ghighnòsko”) (conoscere) e dalla particella “dia” che in greco ha il significato sia di luogo e che di tempo (per tutto il tempo che). Diagnosticare quindi significa conoscere per tutto il tempo che dura la terapia. In quest’ottica la diagnosi, pur se presente e necessaria, perde il suo significato di giudizio e di verdetto e assume quello di punto di riferimento che nel corso del processo terapeutico è in continuo divenire, un paradigma che si evolve e si ridefinisce.



Il principale strumento di accoglienza e valutazione è il colloquio psicologico individuale.

Una diagnosi completa comprende una valutazione di molteplici parametri: il profilo di personalità del paziente; l'anamnesi e la presenza di traumi; il tipo di disturbo dell'alimentazione, la sua durata e gravità; l'eventuale coesistenza di altre patologie psichiatriche e/o mediche; la storia di trattamenti precedenti; le dinamiche familiari e la situazione socio ambientale.

In altre parole, è importante interrogarsi non solo su cosa abbia il paziente, ma chi sia il paziente e quale sia la sua storia.

L'aspetto categoriale della diagnosi consente la descrizione del sintomo e del rapporto che la persona struttura con il cibo e con il corpo. A questo livello si è passati dal disturbo alimentare ai disturbi alimentari perché stiamo assistendo ad un mutare delle forme sintomatiche: accanto alle tradizionali sintomatologie di anoressia, bulimia e binge eating, assistiamo al proliferare di forme come la vigoressia e l'ortoressia. A tal fine è possibile l'utilizzo di test specifici per valutare i tipi di disturbi alimentari e la distorsione dell'immagine corporea.

-l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): consente di ottenere dati sia sulla frequenza dei comportamenti sia sulla gravità della psicopatologia.

-il Clinical Impairment Assessment (CIA): misura la gravità del danno psicosociale prodotto dal disturbo dell'alimentazione.

-il Body Attitudes Test (BAT): misura l'esperienza corporea soggettiva della persona e le attitudini verso il proprio corpo, in tre principali aree relative all'immagine corporea: attenzione per la taglia, familiarità con il proprio corpo, confronto con gli altri.

-Symptom Checklist (EDI-SC): fornisce indicazioni sulla frequenza di specifici sintomi dei disturbi dell'alimentazione quali abbuffate, vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici e pillole, esercizio fisico ed inoltre dati riguardanti il peso, l'anamnesi del peso e delle mestruazioni.

-Questionnaire on eating and weight patterns-5 (QEW-5): messo a punto per l'identificazione e la diagnosi dei soggetti con disturbi dell'alimentazione di tipo bulimico. La scala distingue i soggetti con e senza condotte di eliminazione, indaga il tipo e la frequenza delle abbuffate, la perdita del controllo e il malessere legato agli abusi alimentari, i comportamenti associati alle abbuffate e gli eventuali comportamenti compensatori messi in atto per evitare l'aumento di peso (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, attività fisica, digiuno).

-Starvation Symptom Inventory (SSI): valuta la presenza di alcuni sintomi psicosociali e fisici da malnutrizione negli ultimi 28 giorni, nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione.



L'aspetto strutturale o funzionale della diagnosi consente un interrogarsi sulla soggettività del paziente che incontriamo nel darsi fenomenico e clinico, nelle plasticità e complessità sincro-diacroniche. Riguarda un tipo di valutazione che accoglie la persona, la sua storia unica, il senso che il rapporto con il cibo e con il corpo ha per quell'individuo nel suo essere, nella sua storia e per il suo sistema relazionale. Anche a questo livello, non esiste il sintomo alimentare, ma esistono i sintomi alimentari: ciascuno significato nella realtà e nella complessità di quell'individuo. In quest'ottica il sintomo rappresenta una forma di autocura, un tentativo della persona di far fronte a problematiche emotive, relazionali, traumatiche e del rapporto con sé. Si tratta di una risposta, disfunzionale e sofferta, una sorta di strategia di sopravvivenza. Per questo è essenziale potersi soffermare sul senso che quel sintomo ha per quell'individuo specifico.

A questo riguardo potrebbero essere utili l'utilizzo di test per sondare le caratteristiche di personalità, il livello di funzionamento e le relazioni familiari.

-Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R): un questionario autosomministrato utilizzato per identificare la sofferenza psicologica nei seguenti aspetti: somatizzazione, disturbo ossessivo compulsivo, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide e psicotismo

-Beck Depression Inventory (BDI-II): Misura la gravità della depressione articolata nei suoi aspetti peculiari (sonno, appetito, suicidio, pessimismo, ecc.)

-PDQ-4+: è uno strumento di autovalutazione composto da 99 item a risposta dicotoma (vero/falso). Lo strumento consente di valutare la presenza/assenza dei Disturbi di Personalità

-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): un test di personalità la cui somministrazione consiste nel sottoporre al soggetto una serie di affermazioni relative ai suoi vissuti, condizioni fisiche, abitudini, atteggiamenti e pensieri ricorrenti

-Rosenberg Self-Esteem Scale: composta da 10 affermazioni che misurano il livello di autostima della persona

-CECA.Q Relazioni Familiari nell'infanzia: indaga esperienze infantili, qualità delle relazioni con i caregiver, eventi traumatici (maltrattamento psicologico, fisico, abuso sessuale)

-Test di Rorschach: offre una valutazione globale della personalità umana e indaga aspetti centrali quali l'aderenza al piano di realtà, il funzionamento del pensiero, l'equilibrio affettivo-relazionale.



Progetto terapeutico: cucire un vestito su misura

La diagnosi è finalizzata alla strutturazione di *un percorso di cura individualizzato* e 'su misura' per la specifica persona. È importante che dietro alla scelta di un progetto terapeutico vi sia un pensiero clinico non esclusivamente orientato ai rischi somatici, ma anche attento agli aspetti psichici, che si prenda cura della persona nella sua complessità soggettiva e relazionale. Il progetto terapeutico deve incontrare l'altro nella sua unicità, proponendo un percorso di cura non standardizzato basato sui bisogni e punti di forza del paziente e del suo contesto di vita, nonché sulle evidenze scientifiche. Il terapeuta è come 'un artigiano attento e paziente, con il suo sapere e le sue conoscenze può creare un vestito su misura' (De Clercq, 2009).

Qualsiasi sia il modello teorico che guida gli interventi come curanti, è importante che il progetto terapeutico sia permeato da un *clima di empatia e accoglienza*, rispetto per l'altro e per la sua sofferenza. Lo spazio prossimale di sviluppo, come già riconosceva Vygotskij (1934), è dato dal livello attuale dell'individuo e la tensione verso ciò che ancora non c'è: l'area intermedia in cui per l'individuo è possibile evolvere è data dalla relazione, dal contatto con l'altro. Ascoltare e venire ascoltati con attenzione, partecipare e sentirsi partecipi ad eventi importanti della propria vita e di quella altrui, poter ridere insieme, sentire di appartenere ad un gruppo rimanendo sé stessi. "Essere uomo fra gli uomini, io non so più dolce cosa" (Saba, 1928-1929).

Tre criteri è importante guidino la strutturazione del progetto:

- **Criterio della partecipazione:** l'intervento non cade dall'alto, tiene conto dell'individuo e del suo nucleo familiare che devono essere coinvolti, resi protagonisti e attivamente partecipi al progetto.
- **Criterio dell'integrazione:** l'intervento è pensato in rete con altri soggetti, per esempio la famiglia, la scuola o altre realtà di riferimento della persona, ed è flessibile per essere modificato in itinere. Essenziale il coinvolgimento nel progetto terapeutico **dell'ambiente relazionale prossimo dell'individuo**: obbligatorio in caso di minori, auspicabile sempre. La famiglia si pone come risorsa essenziale all'interno del progetto. La partecipazione al percorso di cura viene proposta dalla équipe curante che può concordare il tipo di intervento e di setting (congiunto o distinto).
- **Criterio della continuità:** l'intervento non è statico, dà vita ad un processo. Per il paziente e per la famiglia la continuità terapeutica è un valore prezioso, in quanto portatrice di una alleanza terapeutica e va garantita nei necessari passaggi determinati dal



crescere della età o dal cambiamento dei contesti di cura, ponendo particolare attenzione alle interconnessioni o alla gestione degli invii.

È importante che il progetto terapeutico non sia imbevuto *dalla logica del disagio*, che crea un'illusoria linea di demarcazione tra patologia e normalità e porta ad una altrettanto illusoria promozione dell'agio con offerte di soluzioni prêt-à-porter, ma *accolga il paradigma del rischio* inteso come frattura, cambiamento repentino e inaspettato. Il rischio è una componente della nostra esistenza dal punto di vista filogenetico e ontogenetico. Il rischio è una perdita del senso precedente e porta all'attivazione di nuove risorse e di nuovi processi di interpretazione. In questa luce il sintomo alimentare può anche essere letto come una difficoltà ed una necessità di attivare processi di senso e di nuova significazione. Il paradigma del rischio consente una lettura che rafforza il clima non giudicante, accogliente ed empatico.

La rete: insieme si può

I disturbi dell'alimentazione si collocano in quell'area di confine tra soggettività corporea e mentale, socialità e cultura che li rende esempi significativi dell'intrecciarsi di individualità e contesto storico-sociale e familiare. Alla luce di questa complessità, è essenziale che i centri clinici che offrono contesti di cura si strutturino per *poter essere in rete*:

- con ospedali per eventuali ricoveri d'urgenza, con comunità terapeutiche e con risorse e associazioni presenti sul territorio;
- con la scuola e con il mondo relazionale e significativo del paziente;
- con i professionisti che per vario titolo e ragioni vengono coinvolti nel progetto di cura.

La formazione degli operatori: uno strumento per curare

I disturbi alimentari pongono molteplici sfide: nella relazione con il paziente poter accogliere l'altro e la sua famiglia nella sua unitarietà e totalità e sviluppare progetto terapeutici personalizzati; nel corso della cura potersi interfacciare e collaborare con figure di differente formazione in un'ottica multidisciplinare. È di importanza vitale, pertanto, una **formazione specifica e un aggiornamento continuo** sulla clinica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione attraverso offerte formative e un lavoro costante di supervisione e intervizione.

L'irripetibilità dell'incontro tra persona e dispositivo curante richiama alla necessità continua di interrogarsi e formarsi (Rocchi, 2004).



Il ruolo delle associazioni nella cura dei disturbi alimentari: 'E' nell'incontro, negli incontri che diventiamo ciò che siamo'

L'ABA nasce da un libro che Fabiola De Clercq ha scritto in due mesi ed è stato immediatamente pubblicato nell'ottobre 1990. Questo libro, intitolato "Tutto il pane del mondo", è l'effetto del desiderio di dare voce a una sofferenza che ha attraversato la sua vita e che si è risolta grazie a un incontro, un incontro con un lavoro psicoanalitico. Il libro ha promosso un movimento spontaneo nella stampa e nelle reti televisive che l'hanno sostenuto e divulgato con ritmi incalzanti. È quello il momento in cui Fabiola decide di rispondere alle richieste di aiuto che giungono da tutte le regioni d'Italia e di ricevere molte lettrici. Le incontra a casa sua, dove ha uno studio e una bambina di due anni. Fabiola rappresenta per loro la possibilità di guarire. Nell'aprile del 1991, sei mesi dopo la pubblicazione di "Tutto il pane del mondo", Fabiola De Clercq decide di fondare l'ABA, di chiamare e raccogliere professionisti che possano occuparsi della sofferenza di queste donne.

Nel panorama della cura dei disturbi alimentari in Lombardia, le associazioni svolgono un ruolo fondamentale: intercettano le domande, sono ponte tra la popolazione e consentono le cure ambulatoriali. Sono luoghi che accolgono la complessità e l'unitarietà dell'individuo, non ponendosi come 'ortopediche' o normative.

Le associazioni sono luoghi intrisi di storie di pazienti e dei loro familiari che hanno transitato o transitano da lì: questo facilita nella persona un'identificazione, un potersi riconoscere nelle parole dell'altro, il fenomeno che in gruppo è definito di 'medesimezza' (Galimberti, 2000), che getta le basi per un primo ponte tra un individuo o un sistema familiare sigillato e sopraffatto dalla sofferenza e l'incontro con la cura.

Le persone si trovano insieme nella sede delle associazioni, scambiano emozioni, sviluppano attraverso le attività offerte nuove esperienze ed attitudini, escono da una dimensione di isolamento, giudizio e vergogna per accedere ad un luogo altro a cui sentire di appartenere ed essere compresi, scoprirsi valevoli.

Le associazioni rappresentano per le persone che soffrono di disturbi alimentari la possibilità di uscire da una situazione di isolamento e stigmatizzazione. A differenza di altri luoghi deputati alla cura, non sono pensati dall'alto: nascono dall'iniziativa personale e privata di persone che hanno sofferto. Per molte persone che si recano in struttura sentire che il luogo è fondato e in un certo senso "vigilato" da chi ha sofferto e "ci è passato" diviene garanzia per un incontro buono e getta un ponte di fronte alla diffidenza e sfiducia che caratterizza chi soffre di disturbi alimentari. Il curante non è più percepito a livello immaginario come "il nemico", o chi è preoccupato solo di ingozzare o limitare le abbuffate, ma come chi è pronto



ad ascoltare e accogliere.

L'associarsi risiede "nella volontà d'affermazione della dignità dei sentimenti e delle relazioni affettive, nel riuscire a farne un punto di forza, una risorsa, non per sopravvivere nella propria nicchia privata, bensì per ridare un senso al proprio far parte della società.... l'associarsi insieme ad altri colpiti dallo stesso dolore può essere letto come una delle forme di elaborazione del lutto" (Turnari, 1991, p. VIII).

L'associazione consente coesione affettiva e solidarietà che si riceve dall'appartenenza al gruppo: si entra in un registro affettivo-emotivo, generalmente negato o anestetizzato attraverso il sintomo. Donne e uomini che si considerano inadeguati, che si vergognano dei propri bisogni e delle proprie esigenze, che cercano attraverso il sintomo di rendersi persone "degne", quindi senza bisogni e senza corpo, nell'atto di associarsi riescono per la prima volta a dare spazio al loro desiderio di ricevere cura, di essere accolti con amore in un luogo non giudicante, di raggiungere e vivere un'intimità affettiva con l'altro. "Si ha quindi una rivoluzione nell'attribuzione di senso e di significato alle proprie azioni e alle proprie vicende, per cui ciò che era privato (una faccenda di famiglia) diviene pubblico, ciò che era mancanza (dolore) diviene risorsa e ciò che era un male da nascondere diviene battaglia in cui impegnarsi, e quindi ciò che prima era un costo (il mostrarsi, il prendere parola) diviene beneficio" (Turnari, 1991, p. 43).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Aliprandi D. Siani S. (2021) Progetto fra ABA (Associazione Anoressia e Bulimia) e istituzioni ospedaliere: la continuità della cura" in Gruppo: omogeneità e differenze 2021, vol. 7.

Aliprandi D. (2014) "L'importanza dell'incontro: il ruolo dell'associazione nella cura dei disturbi del comportamento alimentare" In Solitudini imperfette. Le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare a cura di L. Dalla Ragione e L. Giombini.

Aliprandi D. (2014) La meta comunicazione del corpo: apertura di uno spazio d'ascolto a scuola in Dentro l'adolescenza. Lo psicologo clinico nel contesto scolastico a cura di S. Albonetti, M.M. Ratti, L. Sarno

Francesco Bergamin, Beatrice Bosi, Lettere a Fabiola, FrancoAngeli 2003.

Berlincioni, V. (a cura di) (2005) Disturbi del comportamento alimentare: realtà clinica complessa della postmodernità. Quaderni degli argonauti, IX.

Cahn R. (1998) L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della



soggettivizzazione tr. It. Roma: Borla

Caruso, R. Manara, F. (a cura di) (1997), I disturbi del comportamento alimentare
Milano: Franco Angeli

Fabiola De Clercq, Tutto il pane del mondo, Sansoni, Firenze 1990.

Fabiola De Clercq, Donne Invisibili, Bompiani, Milano 1995.

Fabiola De Clercq, Fame d'amore, Rizzoli, Milano 1998.

Fabiola De Clercq, M. Recalcati (a cura di), I gruppi ABA, L'esperienza della
fondazione, FrancoAngeli 1997

Donini LM, Leonardi F, Rondanelli M, Banderali G, Battino M, Bertoli E, Bordoni
A, Brighenti F, Caccialanza R, Cairella G, Caretto A, Cena H, Gambarara M,
Gentile MG, Giovannini M, Lucchin L, Migliaccio P, Nicastro F, Pasanisi F, Piretta
L, Radrizzani D, Roggi C, Rotilio G, Scalfi L, Vettor R, Vignati F, Battistini NC,
Muscaritoli M. The Domains of Human Nutrition: The Importance of Nutrition
Education in Academia and Medical Schools. *Front Nutr.* 2017 Feb 22; 4:2. doi:
10.3389/fnut.2017.00002. PMID: 28275609; PMCID: PMC5320893.

Galimberti F. (2000) *Corpo gruppo e istituzione*. Milano: Franco Angeli.

Hamburg, M. E., Finenauer, C., & Schuengel, C. (2014) Food for love: the role of
food offering in empathic emotion regulation. *Front Psychology*, 31, 5-32. Doi:
10.3389/fpsyg.2014.00032.

Montecchi F (2009) *Il cibo come persecutore minaccioso: i disturbi del
comportamento alimentare dell'infanzia e dell'adolescenza. Per comprendere
valutare e curare*. Franco Angeli, Milano

Raggi A. (2014) *Il mito dell'anoressia. Archetipi e luoghi comuni delle patologie
del nuovo millennio'* Milano: Franco Angeli.

Raggi A. Mittiga G (a cura di, 2017) *L'esperienza clinica in ABA: ricerca e
trattamento dei disturbi del comportamento alimentare a cura di*. Milano: Franco
Angeli

Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of Anorexia
Nervosa-New Evidence-Based Guidelines. *J Clin Med.* 2019 Jan 29;8(2):153. doi:
10.3390/jcm8020153. PMID: 30700054; PMCID: PMC6406277.

Riva E. (2022) *Fragili amazzoni. I nuovi disturbi alimentari delle adolescenti*.



Milano: Franco Angeli.

Rocchi C. (2004) Del controtransfert del... paziente ovvero trasformazioni del 'sé teorico' dello psicoanalista e loro possibili articolazioni con le vicissitudini della relazione analitica *Ricerca Psicoanalitica*, 2.

Saba U., (1928-1929) *Preludio e fughe* Milano, Ed. Mondadori

Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Aug;14(4):406-14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y. PMID: 22644309; PMCID: PMC3409365.

Turnari G (1991) *Associati per amore*. Feltrinelli, Milano.

Vygotskij L.S. (1934), *Pensiero e linguaggio*. Ricerche psicologiche tr. It. Roma: La Terza 1990.



Preziosità del coinvolgimento della famiglia nella cura dei quadri di disturbo alimentare

Pamela Pace, Psicoterapeuta Psicoanalista; Fondatrice e Presidente Associazione Pollicino e Centro Crisi Genitori Onlus - Milano

PREMESSA

Della famiglia se ne può parlare solo al singolare: ciò che è utile nel trattamento è tenere conto della specificità della sua storia, della qualità del rapporto di coppia, delle specifiche logiche familiari, del posto che il figlio (1) sofferente occupa, così come delle letture genitoriali del disturbo alimentare.

Inoltre, nonostante continui a sussistere la lettura dei DCA come effetto di un disfunzionamento familiare e, in particolare materno, a tutt'oggi gli studi non evidenziano un rapporto causale bensì un'implicazione della qualità della relazione. Tuttavia, l'implicazione non è mai una causa sufficiente. Chiaramente più piccoli sono i figli più tale implicazione assume una centralità. Il trattamento dei DCA, dall'infanzia all'età adulta, è indispensabile possa aprirsi all'ascolto e all'accoglienza dei genitori.

La preziosità del coinvolgimento della famiglia implica lo sforzo, per psicologi e psicoterapeuti, di volgere lo sguardo anche alla sofferenza soggettiva di padre e madre. Il lavoro psicologico con la famiglia non costituisce in sé la cura del disturbo alimentare, né la sostituisce, ma coadiuva sempre il trattamento del figlio. Inoltre, il coinvolgimento dei genitori può avere effetti nel consapevolizzare il paziente circa la necessità di intraprendere un percorso di cura; quindi, può considerarsi un trattamento preliminare rispetto all'emergere di una richiesta di aiuto del figlio sofferente.

È inoltre un lavoro propedeutico che ha il fine di spostare l'attenzione dei genitori dal disturbo alimentare - cioè dal cibo e dal peso - alle dinamiche della relazione e alla graduale loro implicazione nella sofferenza del figlio.

È quindi importante che il professionista che intraprende un percorso psicologico con la famiglia si renda disponibile ad un confronto e ad una collaborazione con l'équipe multidisciplinare che ha in cura il paziente.

PERCHÉ COINVOLGERE LA FAMIGLIA?

Rispetto agli effetti che l'emergere di un disturbo alimentare produce nella famiglia, potremmo dire che funzioni come un potente detonatore, una sorta di carica esplosiva che, gradatamente, ne produce altre fino a intaccare le fondamenta della stessa struttura familiare. È proprio sulla scia di tale drammatica rottura, delle continue de-costruzioni degli equilibri familiari esistenti che i genitori chiedono aiuto.

I DCA sono patologie che coinvolgono profondamente tutto l'ambiente familiare, lo stravolgono fino alle sue fondamenta e sviluppano al suo interno una "costellazione emotiva" complessa, contraddittoria, che tocca ogni membro e



stravolge le logiche familiari. Perché contraddittoria? Perché l'amore convive con l'odio, la tolleranza con la rabbia, la comprensione con il rifiuto, il voler fare con l'angoscia dell'impotenza, il senso di fallimento e di colpa. Ecco l'importanza di un luogo di ascolto e accoglienza di tale costellazione emotiva. Inizialmente la comparsa di tali sintomi può produrre nella famiglia una sorta di "anestesia", ad esempio può accadere che padre e madre tendano a sottovalutare i segnali di malessere del figlio, liquidando ad esempio il dimagrimento come un capriccio adolescenziale, o un voler attirare l'attenzione. Ciò è ancora più frequente rispetto ai quadri di iperfagia e obesità.

Quando l'evidenza del disturbo alimentare è chiara, all'anestesia si sostituiscono l'ansia e i difficili e sovente infruttuosi tentativi di genitori e parenti di convincere il figlio a rivolgersi a un medico o a uno psicologo. Spesso è la proposta di incontrare almeno un dietologo o un nutrizionista la richiesta genitoriale che trova più consenso. Tuttavia, la speranza che tale incontro possa cambiare qualcosa si rivela sovente improduttiva se non a volte addirittura controproducente.

La frustrazione e la preoccupazione genitoriale è bene possano trovare uno spazio di ascolto ed elaborazione. All'ansia e alla paura spesso si aggiungono nei genitori, oltre alla rabbia e al profondo senso di impotenza, un vissuto di solitudine e disorientamento che riguarda anche i riferimenti della cura. Non è facile trovare una direzione chiara da proporre ai figli e iniziano così le tante peregrinazioni e tentativi di cura.

Quando il rifiuto del cibo ed il conseguente dimagrimento o l'iperfagia e il sovrappeso continuano, all'ansia si sostituisce una profonda angoscia, legata alla paura di possibili danni alla salute e di poter perdere il figlio. L'angoscia non è l'ansia, non è l'invadenza; è importante riconoscere tale vissuto dei genitori e non confonderlo. È un'angoscia di morte, perché un figlio che non mangia o che mangia troppo e che dunque mette a rischio la propria salute, va a rivitalizzare in padre e madre quell'angoscia da cui si origina l'esperienza della nascita. Dato che il rifiuto del cibo, l'eccessiva selettività o il divoramento incidono sul funzionamento del corpo, l'angoscia di morte ritorna in maniera drammatica a invadere lo spazio familiare, acuendo la preoccupazione.

Un genitore preoccupato necessita di un luogo disposto ad accogliere tale vissuto. L'accoglienza ed il trattamento dell'angoscia sono dunque il primo importante perno del trattamento genitoriale, anche perché un genitore de-angosciato non solo è tendenzialmente meno collusivo con il sintomo, ma in più evita di innescare una serie peculiare di risposte rischiose.

Padre e madre fanno presto anche i conti con il fallimento di ogni loro offerta e risposta, effetto della tenacia del sintomo: affamati nel loro dare e pervasi da un dolore in-fame, vivono una quotidiana frustrazione. Il rifiuto portato avanti ad oltranza infragilisce ulteriormente la famiglia.

Del resto nel testo storico "De l'anorexie hystérique", Gull e Lasègue, nel 1873, (2) definirono il cambiamento che subentra nella cerchia familiare il dramma familiare, intendendo una costellazione emotiva specifica e drammatica della



famiglia con un figlio sofferente di un disturbo alimentare. Tale dramma include l'angoscia di morte, il senso di colpa, un profondo vissuto di impotenza, di fallimento, unitamente al timore di essere giudicati. Si tratta di un dolore infame che si acuisce, giorno dopo giorno, di fronte alla maggior consapevolezza della sofferenza psichica e del rischio mortale che accompagna i DCA: è un dolore infame perché il cibo e la tavola sono la scena in cui prendono corpo il rifiuto alimentare, la selettività e/o la voracità e li rende impotenti, ma è anche in-fame perché penetra in profondità il vissuto dei genitori, implicandoli e lasciandoli disorientati, affamati nel loro dare.

A differenza della sofferenza dei primi momenti, che incontriamo nei colloqui preliminari e che si concentra ancora sul disturbo alimentare, il dolore è più profondo e specifico, e incrina le convinzioni dei genitori rispetto alla storia familiare, al loro amore e al loro funzionamento ideale. Il disturbo alimentare diventa uno specchio che infrange le illusioni di essere una famiglia felice e perfetta, e rimanda ad un vissuto di inadeguatezza e dubbio. Padre e madre sono posti di fronte all'interrogativo: "Perché proprio noi, perché proprio nostro figlio?" A partire dal dramma di sentirsi impotenti nel ristabilire l'ordine familiare iniziale, il genitore si rivolge allo psicologo chiedendo di poter ricomporre un intero ordinato, cioè il "come prima" anche se si fondava su un'apparente e fragile omeostasi degli equilibri familiari.

PREZIOSITA' E SPECIFICITA' DEL COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA: BUONE PRASSI

Accogliere i genitori implica fare loro posto come soggetti, cioè non solo come l'altro dei figli (padre e madre), ma portatori anche di una loro struttura e di un loro funzionamento psichici oltre che di un romanzo individuale e transgenerazionale. Promuovere il riconoscimento e l'accoglienza dei genitori come soggetti e il lavoro sui loro vissuti, restituisce a padre e madre l'essere una risorsa e non il problema.

Inoltre, può aiutarli a riconoscere nel sintomo un significato metaforico, cioè un messaggio da cogliere e interrogare. Ciò è possibile se lo sguardo dello psicologo non veicola una posizione pregiudiziale, giudicante o, peggio, colpevolizzante. Offrire ai familiari uno spazio di ascolto, di accoglimento e di lavoro rispetto al dramma familiare evita che alcune emozioni, i vari vissuti che lo compongono, tornino o rimangano all'interno del circuito familiare, delle logiche intrafamiliari e dunque possano da un lato rafforzare e mantenere il sintomo, dall'altro colludere con il sintomo stesso. Cioè che padre e madre creino inconsapevolmente alleanze pericolose, comportamenti che rafforzano il potere del sintomo. Non colludere significa anche evitare che il disturbo alimentare diventi il fulcro della famiglia, il detentore del potere, della politica familiare, con i possibili rischi anche rispetto agli altri membri.

Il discorso che sovente portano padre e madre è pervaso da una profonda sofferenza e molti punti di domanda che aspettano chiarimenti e risposte da parte



dello psicologo. Ad esempio, capita sovente che chiedano come fare rispetto alla tavola, cioè al rifiuto alimentare, o alla continua richiesta di cibo, e/o come impedire le crisi bulimiche, il vomito. Inizialmente si tratta di una “richiesta modale” centrata soprattutto sugli effetti del disturbo alimentare, più che sulla sofferenza sottostante.

Sappiamo inoltre che, ad un certo punto, subentrano esplicitamente e implicitamente logiche ricattatorie che coinvolgono tutti i membri della famiglia. In effetti ci sono tutti gli elementi di un ricatto: c'è chi ricatta (il soggetto), chi è ricattato (i familiari e gli altri), c'è un ostaggio (il corpo) e il corpo, come ogni ostaggio, è maltrattato, affamato, ingozzato. Ma il ricatto si fonda su una logica precisa, cioè c'è sempre una posta in gioco nel ricattare.

Ecco un'altra importante ragione del coinvolgimento della famiglia: aiutarli a comprendere per non colludere, ad esempio restituendo loro delle cornici teoriche generali sulle specificità dei DCA; o sottolineando che l'insistenza (con il cibo, con il controllo...) genera frequentemente una resistenza; dunque, rischia di essere improduttiva e/o controproducente.

Ogni colloquio con i genitori è sempre l'incontro con un momento di crisi legato al tempo soggettivo della preoccupazione di quel padre e di quella madre rispetto alla consapevolezza dolorosa della sofferenza del figlio. Già soffrono e per di più devono presentarsi davanti ad un professionista che fa domande, li invita a raccontare, a volte pone interrogativi che possono veicolare aspetti colpevolizzanti, giudicanti. È sempre utile, perciò, trattare la crisi familiare più come risorsa creativa che come inadeguatezza e/o fallimento e far sentire i genitori partner del trattamento, anche quello dei figli.

Nell'ambito del trattamento preliminare è possibile osservare una diversità dei tempi di entrata nella cura dei genitori: se la domanda della madre è spesso più dettata dall'urgenza, quella del padre sembra più centrata sull'attesa: spesso nei colloqui prendono la parola più raramente, sono più dubbiosi riguardo all'intervento psicologico, anche a causa delle loro difese.

Abituati a trovare letture logiche o pragmatiche, i padri sono più spesso disorientati di fronte a una patologia che sfugge ai tentativi di razionalizzazione: tendono quindi a delegare alla madre e a insistere sullo sforzo di volontà.

È di conseguenza preferibile rispettare anche i diversi tempi di entrata nel trattamento dei genitori, così come tenere presente le loro difese e la sofferenza soggettiva. In sintesi: la fase preliminare del trattamento dei genitori è bene possa promuovere una prima trasformazione etica che appunto incentivi un'interrogazione sul sintomo del figlio che li riguardi e accolga la sofferenza psichica sottostante il DCA piuttosto che rimanere ancorati al peso e al cibo.

Questo può consentire che la loro stessa domanda subisca un'altra trasformazione che potremmo definire una trasformazione euristica, siglata da un diverso interrogativo: dal “Come fare per farlo mangiare?” ad un'altra domanda che li riguardi più da vicino: “Perché proprio mio figlio?”, che segnala che quel genitore sta interrogando dei sensi che lo implicano in quanto padre e madre. È importante



riuscire nel lavoro con i genitori a ricavare il senso particolare che quel disordine alimentare veicola.

PARTICOLARITÀ DELLA DOMANDA DEI GENITORI

Inizialmente la domanda dei genitori non può essere considerata tale, in quanto non presenta un'implicazione soggettiva che è la condizione perché sia una domanda. Padre e madre non sono implicati come soggetti in quello che chiedono perché riguarda un terzo, appunto il figlio, rispetto al cui disturbo alimentare non sanno più come fare. È dunque una richiesta modale ed impersonale. È inoltre una domanda paradossale e a-sintomatica in quanto chi domanda (padre, madre) non hanno un sintomo, ma chiedono qualcosa su un terzo, il figlio, che ha un sintomo ma, sovente, non ha una domanda. Tale iniziale richiesta modale è pervasa dall'insistenza rispetto al "come fare?".

A tal riguardo è opportuno che lo psicologo possa evitare deleghe e dare direttive, onde eludere possibili manipolazioni e così il rischio di collocarsi, in un registro immaginario, nella posizione del genitore ideale, che potrebbe acuire il vissuto di fallimento e inadeguatezza. Quella dei genitori è, inoltre, una domanda stratificata in quanto, oltre al registro genitoriale, è buona prassi che lo psicologo tenga conto sia della qualità del legame di coppia, sia della storia soggettiva di padre e madre e della loro struttura psichica. Il lavoro preliminare è bene quindi possa operare affinché a tale richiesta modale si possa gradatamente sostituire una domanda, cioè un interrogarsi di madre e padre che li aiuti a comprendere la sofferenza sottostante il disturbo alimentare e a rettificare nel tempo le logiche collusive e del funzionamento familiare.

Il trattamento dei DCA coinvolge sia la sfera psichica, sia il corpo, sia le dinamiche familiari è quindi indispensabile la disponibilità dello psicologo a lavorare in équipe, accogliendo e privilegiando la multidisciplinarietà e, nel contempo, promuovendo un lavoro di rete con le diverse istituzioni e le figure professionali coinvolte nella cura. Tale modalità di lavoro è indispensabile nel caso in cui il paziente sia ricoverato in ospedale e/o in una comunità riabilitativa.

IMPORTANZA E SPECIFICITÀ DEL LAVORO CON LA FAMIGLIA NELLA CLINICA INFANTILE: ACCOGLIERE LA PREOCCUPAZIONE GENITORIALE

La particolarità della domanda dei genitori riguarda innanzitutto il significato di enigma che il disturbo alimentare del figlio ha per loro. Questo enigma non interroga il bambino che non mangia, è selettivo o è iperfagico: l'enigma interroga una madre, un padre. Il lavoro preliminare è auspicabile che riesca quindi a promuovere nei genitori la disponibilità a tradurre il messaggio che il sintomo cela e veicola. Ciò prende sempre la forma di un invito ad essere loro i preziosi soggetti della costruzione della storia del figlio, a offrirci le loro letture anche sull'esordio del DCA. L'oggetto dei primi incontri con le madri e i padri è la loro l'angoscia rispetto alla salute dei piccoli, dato l'incontro con la loro impotenza a capire, a risolvere il rifiuto, la selettività o la voracità. Ecco l'importanza della presenza e



del costante confronto dello psicologo con il pediatra. L'ambulatorio pediatrico è il luogo privilegiato a cui innanzitutto si rivolgono padre e madre e l'unico che può operare una prima indispensabile differenziazione tra un malfunzionamento del corpo e una problematica psicologica dei piccoli pazienti. Per poter dare inizio al lavoro con i genitori è quindi necessario sia conoscere la lettura del medico sia accogliere e contenere l'angoscia, evitando di tenere una posizione pregiudiziale e/o colpevolizzante.

L'indispensabilità del lavoro con i genitori di minori è un'occasione produttiva per evitare e/o interrompere il circuito infernale e rischioso delle risposte disperate e collusive della famiglia nell'incontro con la tenacia del disordine alimentare. Anche se molto piccoli, la portata del rifiuto a modificare il rapporto alterato con il cibo persiste e innesca in famiglia una spinta frenetica e insistente a dare: cibo, doni, attenzioni o al contrario a "fare finta di niente", tanto si tratta di capricci per attirare l'attenzione. Tali risposte genitoriali possono dare avvio ad un circuito di comportamenti paradossali e controproducenti che rischiano di inaugurare un legame patologico con il sintomo stesso che aggrava e irrigidisce una situazione già compromessa.

Al fine di poter operare una diagnosi è bene riconoscere, fin dai primi colloqui, la serietà del disordine alimentare del figlio: si tratta di un disagio o di un disturbo, cioè di un quadro clinico già strutturato? Un ascolto gentile e paziente sul racconto dettagliato di quanto il minore non mangia, divora, oppure riduce selettivamente, accompagnato da domande più mirate sulla qualità dei momenti dei pasti, sulla storia della nascita del bambino e delle caratteristiche del funzionamento familiare, ha innanzitutto un effetto contenitivo che riduce l'invasione dell'angoscia e crea uno spazio prezioso, nel discorso genitoriale, per l'inizio di un lavoro clinico.

Dal punto di vista teorico non va dimenticato che l'amore è un alimento e fin dalla nascita si configura come un oggetto privilegiato, metafora della domanda d'amore, all'interno di uno scambio, di una comunicazione privata tra il bambino e le figure affettive di riferimento. "SFamare" un figlio, dunque, non si esaurisce nell'offrire il latte, il cibo che placa la fame come oggetti che soddisfano un bisogno, ma implica la disponibilità di madre e padre a dare una risposta all'appello che il DCA contiene. Ad esempio: alla domanda d'amore dei figli, quindi all'esigenza di un riconoscimento della loro unicità e del posto nel desiderio; oppure ad un'impasse nel percorso di separazione.

Dunque, il primo importante perno del trattamento genitoriale riguarda un'accoglienza e un contenimento dell'angoscia: un genitore de-angosciato non solo è un genitore tendenzialmente meno collusivo con il sintomo, ma in più evita di innescare una serie peculiare di risposte rischiose e più centrate sull'alimentazione. Più il figlio incontra l'angoscia dei genitori e i relativi effetti, più il potere del sintomo aumenta. È utile tenere presente che le risposte emotive dei genitori, all'esordio e nel costante incontro con la prepotenza del disturbo alimentare del figlio, danno vita a loro volta ad un aggravamento della situazione



relazione conflittuale inaugurando delle logiche ulteriormente sintomatiche.

SPECIFICITA' DCA PUBERALI NEL LAVORO CON I GENITORI

Il passaggio dall'infanzia all'adolescenza è siglato dal periodo puberale, contrassegnato dalle trasformazioni del corpo e, in particolare, dall'incontro con la pulsione e la costruzione di una nuova identità. Tale fase evolutiva convoca i ragazzi ad assumersi nuove responsabilità, ad autonomizzarsi e affacciarsi al sociale.

Sappiamo che ogni conquista implica sempre una perdita, una graduale rinuncia rispetto alle garanzie del periodo infantile. Tale "bivio" può spaventare, e/o impattare con una posizione del giovane di grande fatica e/o rifiuto nel dover accettare i cambiamenti dell'orologio biologico.

Anche madre e padre sono impegnati nel compito non facile di fare i conti con gli effetti psichici, fisici, comportamentali di tale passaggio evolutivo e nel contempo di affrontare l'eventuale conflittualità, necessaria al "volo" evolutivo. Una delle maggiori fatiche, soprattutto delle madri e sovente implicata nei DCA puberali, riguarda un lavoro psichico che consenta loro il passaggio dall'indispensabilità alla propria disponibilità, quindi la riduzione della spinta al controllo, alla gestione della vita dei ragazzi.

Sappiamo dagli studi di Mara Selvini Palazzoli l'incidenza, nelle famiglie con un figlio con disturbo alimentare, della frequente modalità intrusiva, definita invischiamento, del funzionamento materno. A ciò sovente si accompagna un'ulteriore difficoltà, una rigidità genitoriale di modificare l'immagine ancora infantile dell'adolescente, con i conseguenti effetti ansiogeni di padri e madri legati all'affacciarsi dei figli alla vita sociale, sessuale.

Ecco, dunque, l'importanza di incontrare i genitori accogliendo le loro difficoltà, sensibilizzandoli sul delicato momento evolutivo, soprattutto rispetto alle particolarità del sociale contemporaneo. A differenza dei DCA in età adolescenziale e adulta, i pre-adolescenti sovente evidenziano un vissuto di profondo timore e smarrimento rispetto al potere del sintomo e possono quindi più frequentemente beneficiare del supporto della famiglia.

TERAPIA INDIVIDUALE, DI COPPIA, DI GRUPPO

Il lavoro con la famiglia prosegue dai colloqui preliminari alla proposta di inizio di un percorso psicoterapeutico. Tale momento è sempre declinato caso per caso. Oltre ai gruppi di ascolto, di auto-mutuo-aiuto, e i così detti gruppi educativi, è possibile proporre un gruppo clinico, quindi caratterizzato dalla presenza di un terapeuta, dalla scansione relativa al tempo di formazione e poi di fondazione e dalla presenza del transfert. Una particolare attenzione, nel lavoro con la famiglia, riguarda la necessità che, nel confronto con i colleghi che hanno in cura il figlio, viga una distinzione dei relativi vissuti e discorsi, onde evitare il rischio di uno snaturamento nelle letture cliniche. Il registro della terapia di famiglia e quello dei pazienti, è buona prassi che scorrano in parallelo e non si sovrappongano.



BIBLIOGRAFIA

Chatoor I., Ammaniti M., A classification of feeding disorders of infancy and early childhood, in W.E. Narrow, M.B. First, P. Sirovatka, "Age and gender consideration in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM V", American Psychiatric Press Inc., Arlington 2007

Cimino S., Lucarelli L., La classificazione dei disturbi alimentari nella prima infanzia: Prospettive diagnostiche e di ricerca, in "Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 68, 2001

Dalla Ragione L., Pampanelli S., Prigionieri del cibo. Riconoscere e curare il disturbo da alimentazione incontrollata, Il Pensiero Scientifico, Roma 2016

Gull W. W., Lasègue E. C., Anoressia Isterica (1873) in Grando G. (a cura di), La scoperta dell'anoressia, Bruno Mondadori, Milano 1998

Pace P., Un Dolore Infame. Genitori e anoressia, una lettura psicoanalitica, Bruno Mondadori, Milano 2010

Pace P., Il domatore di leoni. Riflessioni psicoanalitiche sulla preziosità della famiglia contemporanea e i padri di oggi, Bruno Mondadori, Lavis 2012

Pace P., (a cura di), Sfamami. Attualità della clinica psicoanalitica dei disordini alimentari in età pediatrica. 10 anni dopo, Mimesis, Milano 2021

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare, Cortina, Milano 1998

Winnicott D.W., Dalla pediatria alla psicoanalisi, Martinelli, Firenze 1975.

Winnicott D.W., Il bambino, la famiglia e il mondo esterno, Ed. Scientifiche Ma. Gi. srl, Roma 2005



La rete dei servizi: il centro per i disturbi del comportamento alimentare e il servizio di psicologia clinica della ASST di Brescia

Maria Angela Abrami - Resp. SSD Psicologia Clinica ASST Spedali Civili
Carla Sabatti-Psicologa- CDCA-ASST Spedali Civili

PREMESSA

I DNA sono stati inclusi tra le priorità relative alla tutela della salute mentale (Ministero della Salute, 2013) in quanto **problema di salute pubblica** in costante crescita nei paesi industrializzati e frequente causa di disabilità nei giovani.

Nell'ultimo decennio si è osservato un incremento costante delle diverse forme di DNA: anoressia, bulimia, *binge eating disorder*, comprese le forme «aspecifiche» riferite a fasi evolutive precoci e a fattori socioculturali relativi all'immagine corporea e al rapporto con il cibo.

La prevalenza dell'anoressia nervosa è del 0.5-1% negli adolescenti e adulti di sesso femminile, quella della bulimia nervosa del 1-3%. Considerando i quadri sottosoglia si valuta una media del 6-10% dei soggetti di sesso femminile colpiti da DNA e del 3-5% nella popolazione generale.

Il PANS (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale-2013) evidenzia l'importanza dei DNA quali patologie a esordio precoce con significative implicazioni di complessità assistenziale, nonché gestionale, in relazione agli esiti del trattamento e all'organizzazione della rete dei Servizi.

Nel corso degli anni anche la programmazione di Regione Lombardia si è focalizzata sulla tematica dei DNA, la cui rilevanza è confermata dall'attenzione dell'OMS, che ha incluso i Disturbi del Comportamento Alimentare (in particolare anoressia nervosa e bulimia nervosa) tra le priorità relative alla tutela della salute mentale.

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE NEI DISTURBI DELLA ALIMENTAZIONE (DNA)

Il mandato istituzionale in materia di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione è definito dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e consiste nel garantire l'attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con DNA e delle loro famiglie (Quaderni del Ministero della Salute n.17/22-2013). I livelli di intervento previsti sono:

- Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta
- Terapia Ambulatoriale
- Terapia Ambulatoriale Intensiva o Semi-residenziale (diagnostico/terapeutico/riabilitativo)
- Riabilitazione Intensiva Residenziale
- Ricoveri ordinari e di emergenza

Tali livelli sono da considerarsi elementi di una rete assistenziale secondo un *modello a step* del percorso terapeutico per intensità e gravità della patologia nel



corso del tempo.

PROGRAMMAZIONE DI REGIONE LOMBARDIA

La programmazione regionale, negli ultimi anni, si è orientata in primis:

1. allo sviluppo di una rete di Equipe dedicate alla diagnosi e cura dei DNA, affidando il tema alla rete istituzionale dei Servizi pubblici e privati contrattualizzati.

Rete dei Servizi:

- Salute mentale età evolutiva: UONPIA-Reparti Ospedalieri, Strutture Residenziali e semiresidenziali territoriali
 - Salute mentale adulti: CPS, Reparti Ospedalieri, Strutture Residenziali e semiresidenziali territoriali
 - Ambulatori e Reparti dedicati (trattamento di aspetti organici dei DNA).
2. all'implementazione e consolidamento di Progetti Innovativi;
 3. all'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) regionale;
 4. alla declinazione delle Linee di indirizzo e raccomandazioni per trattamento e presa in carico dei soggetti adulti, adolescenti e pre-adolescenti affetti da DNA.

Successivamente con Decreto n.4408-2017: SAL

- Regione Lombardia delinea l'organizzazione preliminare dei Servizi per DNA a livello territoriale ed ospedaliero;
- legittima e favorisce il coinvolgimento dell'associazionismo familiare e sociale rivolto ai DNA;
- agevola la programmazione di iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione condotte negli anni a livello locale.

A seguito della diffusione del problema e delle rilevanti segnalazioni epidemiologiche nazionali ed internazionali, Regione Lombardia fu tra le prime a porre la propria attenzione al tema DNA emanando la Legge n. 2 del 23/02/2021: «Disposizioni per la prevenzione e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie».

In sintesi, con tale Legge RL intende:

- garantire la risposta al bisogno di salute in relazione ai DNA attraverso azioni di implementazione o consolidamento, ove già esistenti, di percorsi strutturati nelle differenti realtà di cura;
- promuovere attività formative rivolte agli operatori sanitari e socio-sanitari quali parti integranti delle Equipe multidisciplinari e multiprofessionali e ai MMG e PLS;
- rivolgere iniziative all'ambito scolastico, personale docente e studenti, con finalità di permeare il tessuto scolastico di una precoce attenzione al tema e sviluppare iniziative spontanee congiunte;



- sensibilizzare sul tema in ogni ambito istituzionale formale e informale, con attribuzione di compiti specifici alle Associazioni;
- coinvolgere le famiglie in ogni fase del percorso e ove possibile, nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato attraverso iniziative di informazione, supporto e affiancamento di tipo psicoeducativo;
- delineare il Modello della presa in carico di un Equipe funzionale multidisciplinare e multidimensionale le cui attività devono essere organizzate per assicurare:
 - prestazioni specialistiche di tipo Ambulatoriale e MAC (Macro Attività Complesse);
 - disponibilità di strutture specialistiche nelle aree della semiresidenzialità e della residenzialità per presa in carico di situazioni complesse, in particolare di soggetti comorbili e sostegno alle famiglie;
 - attivazione di posti letto dedicati nei Reparti ospedalieri per una risposta rapida a situazioni acute e gravi;
 - i Servizi necessari non solo a garantire i livelli essenziali di assistenza, ma per un rapido accesso agli stessi e la realizzazione di quanto promosso da RL.

La Legge regionale prevede l'istituzione di una Cabina di Regia Regionale che opera per definire una Rete regionale finalizzata alla prevenzione e cura dei DNA. La Cabina di Regia assume un ruolo centrale per formulare proposte a RL promuovendo azioni di sensibilizzazione, formazione, prevenzione e omogeneizzazione dei percorsi terapeutici.

Ulteriori azioni messe in atto da RL e volte al contrasto dei DNA sono state declinate nel Piano biennale di attività per il contrasto dei DNA presentato ad Agosto 2022 al Ministero della Salute e approvato con DGR XI/7357 del 21/11/22. Si tratta di un progetto di potenziamento e sviluppo della rete dei servizi e applicazione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) in un'ottica di sinergia tra la Legge regionale n.2/2021 e l'Intesa Stato Regioni del 21 giugno 2022, per la definizione dei criteri, modalità e linee di intervento finalizzate all'utilizzo del Fondo per il contrasto dei DNA.

Attualmente in Regione Lombardia il sistema dell'offerta di cura per DNA è rappresentato dalle seguenti strutture:

- Ambulatori
- Reparti ospedalieri
- Centri Diurni
- Reparti di strutture Accreditate a contratto
- Strutture Residenziali

ed eroga i seguenti interventi:



- Interventi Ambulatoriali
- Macro-attività Ambulatoriali Complesse (MAC)
- Ricoveri Ordinari e day hospital
- Percorsi semiresidenziali e residenziali.

Nell'ambito di tali strutture ed interventi si sottolinea il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD):

- i DSMD si inseriscono, insieme ai Servizi del privato accreditato, nella rete locale e regionale per i DNA;
- rivestono un ruolo prioritario nel contesto di prevenzione, cura e presa in carico sul territorio dei DNA e di riferimento per i Servizi dedicati al trattamento dei DNA;
- i DSMD includono i servizi per la salute mentale dell'adulto, per l'infanzia/adolescenza oltre ai servizi per le dipendenze e la Psicologia Clinica. Rappresentano il luogo ideale per garantire continuità di cura ai DNA ed integrazione tra gli interventi multidisciplinari;
- i Centri Psicosociali (CPS) e i Poli UONPIA, afferenti ai DSMD, rappresentano i possibili punti di accesso per le persone con DNA e loro familiari;
- tali servizi offrono una prima valutazione alle persone affette da DNA e invio successivo a centri specialistici, sia in setting ambulatoriali, che residenziali.

CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (CDCA) - DSMD- ASST SPEDALI CIVILI

- Centro Pilota Regionale dal 1997 e svolge attività rivolta ai DNA dal 1994;
- afferisce al DSMD di ASST Spedali Civili
- il Centro è situato in un Reparto Ospedaliero, nel Comune di Gussago (Brescia)
 - propone: Percorso Riabilitativo Ambulatoriale, Trattamento Riabilitativo Semiresidenziale e Residenziale
- l'offerta riabilitativa erogata è rivolta ad adulti e minori a partire dai 16 anni di età
- accoglie pazienti provenienti dal territorio bresciano e province limitrofe.

Modello di presa in carico

Il Modello si ispira alle Linee guida internazionali e nazionali di indirizzo del Ministero della Salute e alla Legge Regionale n. 2/2021.

Contempla un approccio multidimensionale, multidisciplinare, pluriprofessionale con integrazione di diverse competenze (Figure previste: Psichiatra, Internista,



Psicologo, Psicoterapeuta, Dietista, TeRP, Infermiere, OSS) e prevede una formazione del personale e/ o esperienza nel trattamento dei DNA.

L'intervento psicoterapeutico svolge un ruolo essenziale in affiancamento agli interventi nutrizionali e offre diversi livelli di cura: riabilitazione ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale.

Il contesto di cura richiama un ambiente familiare, pur in ambito ospedaliero.

Sono, inoltre, previste attività quali: formazione, supervisione, prevenzione sul territorio presso Scuole, Comuni, Enti territoriali pubblici e privati.

Sono attive collaborazioni con:

- Associazioni di pazienti e loro familiari
- Consultori, CPS, Servizi ambulatoriali di NPIA, Professionisti privati pre/post riabilitazione intensiva residenziale/semiresidenziale
- Reparti ospedalieri
- Comunità Riabilitative per pazienti con necessità riabilitative di durata oltre i 6 mesi.

Il **percorso di presa in carico** si articola nei seguenti step:

1. Ambulatorio Diagnostico Terapeutico: rappresenta il primo approccio al paziente con coinvolgimento dei familiari per condizioni cliniche tali da non richiedere trattamenti intensivi. Comprende prime visite, assesment diagnostico, colloqui psicologici o psicoterapie, supporto ai familiari, valutazioni dietetiche, controlli di follow up.
2. Riabilitazione Intensiva Semiresidenziale (MAC-Macroattività Ambulatoriale ad alta complessità assistenziale): trattamento diurno di durata minimo di 4 mesi nei giorni feriali della settimana, di intensità intermedia tra ambulatorio e degenza per pazienti che non rispondono alle cure ambulatoriali. Si rivolge a pazienti che possiedono adeguata motivazione, sufficiente controllo sui comportamenti patologici e condizioni psicofisiche che non richiedano un ricovero.
3. Riabilitazione Intensiva Residenziale (degenza 24h): ricoveri di durata tra 1 mese (degenza breve) e 6 mesi, indicato per pazienti che non rispondono ai precedenti trattamenti o con gravità tale da richiederlo in prima battuta. I pazienti che vi accedono manifestano scarsa motivazione, necessitano di monitoraggio della terapia medica e di supervisione per prevenire comportamenti compensatori o l'insorgenza di comorbidità psichiatriche.

1. Percorso Ambulatoriale

Luogo di elezione e nucleo fondamentale dell'attività diagnostica e terapeutica

Svolge funzione di filtro per i successivi livelli terapeutici.

Prevede una **valutazione multidisciplinare** effettuata da un'equipe specialistica sull'intervento complesso per i disturbi dell'alimentazione e comprende una valutazione:



- Psicopatologica
- Psicologica
- Fisica
- Nutrizionale

Ruolo dello psicologo/psicoterapeuta:

- accoglienza del paziente e costruzione della compliance terapeutica, ponendosi in ascolto del disagio del paziente e dei suoi familiari;
- assessment psicologico, valutazione psicodiagnostica e restituzione della valutazione;
- presa in carico.

L'assessment psicologico si orienta a:

- valutare l'atteggiamento del paziente (livello di disagio espresso, linguaggio usato, spiegazioni che dà il paziente di sé stesso e della situazione, capacità metacognitive, grado e capacità di introspezione, stati emotivi, consapevolezza e motivazione alla cura);
- valutare natura e gravità del disturbo (esordio, stato attuale, comorbidità);
- valutare fattori di rischio implicati nella genesi del disturbo e fattori di mantenimento della patologia;
- raccogliere anamnesi dello sviluppo e psicosociale;
- raccogliere informazioni su aree di vita del paziente oltre la patologia;
- valutare le competenze psicoemotive del paziente;
- valutare la competenza sociale;
- raccogliere anamnesi familiare in relazione ai DNA;
- indagare natura ed esito di eventuali trattamenti precedenti;
- definire il profilo di personalità;

Vi sono evidenze specifiche di efficacia per pazienti affetti da anoressia nervosa rispetto alla terapia basata sulla famiglia (FBT), nella quale i genitori sono considerati una risorsa nel trattamento e nella cura (Couturier, 2010). In caso di minori, i genitori sono sempre coinvolti.

Obiettivo dei colloqui con i familiari è non solo di giungere ad una diagnosi individuale, ma anche familiare e di condivisione del progetto riabilitativo. Il percorso prevede interventi di tipo motivazionale, di psicoeducazione e supporto psicologico.

La presa in carico del paziente e dei familiari prevede:

- psicoterapia individuale
- psicoterapia familiare
- psicoterapia di gruppo

I colloqui di accoglienza e assessment di tipo psicologico hanno principalmente 4 obiettivi:



- raccogliere una **descrizione del problema** per come si manifesta, sia nel presente, sia nel suo sviluppo storico e nei tentativi fatti per affrontarlo e risolverlo; collegare cronologia di date e passaggi essenziali per “far parlare il calendario” (Bowen). Una descrizione del problema dal punto di vista psicologico non inteso solo come ricognizione di sintomi di marca squisitamente psichiatrica;
- costruire una definizione del problema in senso psicologico, attenta alla soggettività del paziente, in condivisione con la famiglia, formulando un’**ipotesi** circa le principali ragioni di **sofferenza** e
- Trattabilità: verificare le **risorse** del paziente e dei familiari per il cambiamento, generate anche grazie all’incontro con l’equipe dei curanti, favorendo un reale processo di autocritica e cooperazione
- costruire **alleanza terapeutica** con paziente e familiari

La valutazione psicodiagnostica si avvale dei seguenti **strumenti**: EDE-Q; CIA; BAT; EDI-SC; QEWP-5; SSI; ed eventuali altri test volti ad indagare aspetti specifici della psicopatologia, sintomi psichiatrici, personalità e relazioni familiari: SCL90-R; PDQ-4+; MMPI 2; BDI-II; CECA.Q.

2. Percorso di riabilitazione intensiva semiresidenziale (MAC)

Le condizioni che portano a preferire tale trattamento multidisciplinare integrato sono:

- motivazione minima sufficiente; BMI > 16;
- DNA con isolamento sociale;
- necessità di almeno parziale allontanamento dal contesto sociale e familiare;
- collaborazione dei familiari;
- assenza di deterioramento cognitivo;
- fallimento di un pregresso trattamento ambulatoriale/opportunità di continuare la riabilitazione dopo un periodo di ricovero ordinario;

Lo psicologo/psicoterapeuta conduce:

- sedute di psicoterapia individuale volte a comprendere il significato psicologico del disturbo;
- parallelamente conduce colloqui familiari e sedute con i soli genitori;
- gruppi con finalità motivazionale, psicoeducativa, di riabilitazione psicosociale e terapeutica.

I Gruppi Obiettivi hanno lo scopo di aiutare i pazienti a gestire il rapporto con il cibo e con il proprio corpo, le relazioni interpersonali e autostima, attraverso la definizione di obiettivi a lungo e breve termine e strategie di problem solving.

I Gruppi Psicoeducativi rivolti a pazienti e familiari affrontano argomenti



specifici (definizione dei disturbi alimentari, eziologia, fattori di mantenimento, conseguenze e prognosi, immagine corporea) in un clima di partecipazione congiunta, al fine di accrescere consapevolezza degli aspetti legati alla malattia e motivazione al cambiamento.

I Gruppi «Social Skill Training» hanno lo scopo di far accrescere nei pazienti una competenza sociale atta a gestire situazioni relazionali esterne, attraverso lo sviluppo di abilità relazionali, di mentalizzazione e regolazione emotiva.

3. Percorso di riabilitazione intensiva residenziale (degenza 24h)

Situazioni che indicano la necessità di ricovero riabilitativo:

- mancata risposta al trattamento ambulatoriale;
- presenza di rischio fisico;
- presenza di rischio psichiatrico;
- presenza di difficoltà psicosociali;

Criteri di accesso: BMI > 13.4 kgm² e < 45 kgm²/controindicato in caso di grave instabilità medica e/o psichiatrica

Lo Psicologo conduce le stesse attività riabilitative del trattamento semiresidenziale, ma in regime di degenza di 24h. Data la gravità dei quadri clinici (presenza di comorbidità psichiatriche, ambivalenza motivazionale e compromissione del funzionamento generale) risulta ancor più significativo il lavoro psicologico (individuale e di gruppo) atto a promuovere la motivazione alla cura, l'accettazione del cambiamento e la consapevolezza di malattia. Rimane di fondamentale importanza il coinvolgimento della famiglia, in cui il paziente si reinserisce progressivamente con l'avanzamento del percorso.

Vengono implementate le stesse attività del trattamento semiresidenziale.

Dopo il periodo di degenza il paziente può:

- essere dimesso e accedere al periodo di follow up ambulatoriale di 6 mesi
- accedere al percorso di consolidamento in regime semiresidenziale nel caso il paziente non abbia raggiunto le competenze necessarie
- Si garantisce la continuità terapeutica e un progetto terapeutico individualizzato.
- Il lavoro di rete

Modalità di accesso al CDCA

- Invio del MMG, PLS e Specialista;
- Accesso diretto;
- il Centro svolge una funzione di orientamento del paziente e dei familiari verso altri Servizi.

Contatti

Per informazioni e prenotazioni l'utente può telefonare al numero **0302528555**.



REPARTO CON POSTI LETTO DEDICATI AI DNA E AMBULATORIO DELLA UONPIA DI ASST SPEDALI CIVILI

La rete dei Servizi per i DNA di ASST Spedali Civili offre anche posti letto dedicati nell'ambito del Reparto di Neuropsichiatria infanzia/adolescenza e un Ambulatorio per DNA. Circa il 30/% delle degenze è determinata dal ricovero di adolescenti affette da DNA, spesso associata ad altri disturbi e ad alto rischio connesso alle condizioni fisiche.

Il Reparto e l'Ambulatorio sono dotati di Equipe Multidisciplinare, formate per il trattamento dei DNA e garantiscono continuità tra ospedale e territorio. Viene svolta una costante attività di raccordo tra gli invianti e la Rete di cura coinvolta nei DNA.

RAPPORTI TRA DNA E OBESITA': attività del Servizio di Psicologia Clinica di ASST Spedali Civili rivolta a pazienti candidati a chirurgia bariatrica.

È attivo un Protocollo di valutazione psicologica di pazienti candidati a chirurgia bariatrica che prevede un *Modello Multidisciplinare* di intervento tra Psicologia Clinica e Ambulatorio di Chirurgia Bariatrica. Il Protocollo di **valutazione** psicologica prevede:

- colloqui psicologico clinici;
- somministrazione test e questionari;
- restituzione al paziente degli esiti della valutazione e relazione clinica: Idoneità; non idoneità all' intervento;
- eventuale presa in carico psicologica pre e/o post-intervento;
- obiettivo della valutazione psicologica: esprimere una indicazione di idoneità/non idoneità all' intervento;

Test e questionari utilizzati:

- MMPI-2: Valutazione della struttura di personalità;
- SCL 90R: Valutazione delle principali scale psicopatologiche;
- EDE-Q: Valutazione della presenza di preoccupazioni eccessive legate al peso, alla forma del corpo, allo stile alimentare abituale, indicativi della possibile presenza di un Disturbo Alimentare;
- BES: valutazione della presenza di Binge Eating.

Tra i motivi principali di valutazione di non idoneità si evidenziano i seguenti elementi:

- presenza di un disturbo alimentare non diagnosticato in passato, ancora presente e non trattato;
- assenza di una rete familiare/sociale supportiva e presente durante il percorso;
- mancanza di una sufficiente motivazione e/o compliance rispetto all'impegno durante il percorso;



- presenza di un disturbo psichiatrico e/o di personalità che necessita di approfondimento psichiatrico come da Protocollo;
- abuso e/o Dipendenza da sostanze o Alcol non trattati né giunti all'osservazione Clinica.

Si è osservato, in accordo con la letteratura, che il Disturbo da Binge-eating è il più rappresentato nei casi di "Non idoneità" alla chirurgia Barietrica.

Si riportano i Criteri Diagnostici per il Disturbo da *Binge-eating* secondo il DSM-5.

A) Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

- Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non

riuscire a smettere di mangiare o di non controllare cosa e quanto si sta mangiando)

B) Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

- Mangiare molto più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
- Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio

C) È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate

D) L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E) L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata. Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

- Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana
- Moderata: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.



Si riporta la **casistica** valutata dalla Psicologia Clinica, riferita ai pazienti candidati a chirurgia bariatrica, osservata nel periodo: Luglio 2021- Agosto 2023:

Pazienti candidati a chirurgia bariatrica:

- Pazienti segnalati n. 175
- Pazienti giunti a valutazione clinica: n 153
- Pazienti non pervenuti: n 25
- Uomini: n. 48
- Donne: n. 80
- Età media: 43 anni

Esiti dell'attività clinica:

- Pazienti valutati: n. 153
- Pazienti che hanno concluso il percorso di valutazione: n. 128
- Idonei: n. 105
- Non idonei: n. 23

Motivi di non idoneità:

- Binge eating: n. 12
- Abuso: n. 4
- Disturbi psicopatologici: n. 7
- Indicazione di supporto psicologico: n. 114.

BIBLIGRAFIA:

F. Aquilar, E. Del Castello, R. Esposito : Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia. Una regia cognitiva e attaccamentale per il trattamento dei disturbi alimentari resistenti al cambiamento, Franco Angeli

L. Ciccolini, D. Cosenza: Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali, Franco Angeli

Riccardo Dalle Grave, Simona Calugi, Massimiliano Sartirana : Terapia cognitivo comportamentale del disturbo da Binge-Eating associato all'obesità (CBT-BO), Positive press

Riccardo Dalle Grave: Terapia cognitivo comportamentale multistep per i disturbi dell'alimentazione. Teoria, trattamento e casi clinici, Erickson

Riccardo Dalle Grave: Disturbi dell'alimentazione: una guida pratica per i familiari, Noi e il cibo

Christopher G. Fairburn: La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, Erickson