



PAOLA MEDDE - STEFANIA CARNEVALE - LUANA MORGILLI
ANDREA CIVITILLO

F.A.R.O.

FORMARE in tema di Disturbi ALIMENTARI e creare una RETE
di ORIENTAMENTO e prevenzione

UNA HELP-GUIDE PER INSEGNANTI, OPERATORI SPORTIVI,
PSICOLOGI SCOLASTICI



Ordine degli
Psicologi del Lazio



PAOLA MEDDE - STEFANIA CARNEVALE - LUANA MORGILLI
ANDREA CIVITILLO

F.A.R.O.

FORMARE in tema di Disturbi ALIMENTARI e creare una RETE
di ORIENTAMENTO e prevenzione

UNA HELP-GUIDE PER INSEGNANTI, OPERATORI SPORTIVI,
PSICOLOGI SCOLASTICI

FEBBRAIO 2024

IMPAGINATO DA ORDINE DEGLI PSICOLOGI DEL LAZIO

INDICE

04 Premessa

06 Informazioni generali

06 Principali disturbi alimentari

09 Come riconoscere un D.A.

11 Cambiamenti

15 I falsi miti

17 Come comportarsi in caso di sospetto di D.A.

21 Il ruolo degli insegnanti

24 Il ruolo degli psicologi nelle scuole

27 Il ruolo dell'operatore sportivo

31 I social media ed il ruolo della scuola

35 Conclusioni

36 Ringraziamenti

37 Bibliografia e sitografia

38 I centri del Lazio per l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

PREMESSA

Una recente survey del Ministero della Salute (Dalla Ragione et al., 2021) ci informa che in Italia **oltre 3 milioni di persone soffrono di Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione** (da ora in poi Disturbi Alimentari - D.A.). Nonostante i dati epidemiologici siano sottostimati (molte persone non accedono alle cure per mancanza di motivazione o riconoscimento del problema), sappiamo che **negli ultimi anni i casi sono aumentati in media del 30%**; il solo Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma ha registrato, nel biennio 2021-2022, un aumento di oltre il 50% di ricoveri, passati dai 180 casi pre-pandemici (2019) a quasi 300 casi.

A cosa attribuire questo incremento? Sicuramente gli effetti della pandemia hanno avuto un peso rilevante. Preadolescenti e adolescenti costretti all’isolamento, privati dei rapporti quotidiani con i coetanei e dei loro punti di riferimento, hanno dovuto gestire, in solitudine, emozioni di ansia, paura, angoscia, rabbia; non sempre il malessere psicologico è stato gestito con modalità funzionali. La risposta alla gestione delle difficoltà è esplosa con sintomatologie di varia natura (attacchi di panico, depressione, atti autolesivi) e in alcuni casi ha fatto emergere una presenza significativa di comportamenti alimentari disadattivi.

L’impossibilità di effettuare, durante il lockdown, interventi tempestivi di ascolto, accoglienza, diagnosi e trattamento, tanto per la carenza dei Servizi sul territorio che per la ridotta operatività degli stessi, ha peggiorato il quadro, ritardando la presa in cura. Ancora oggi, il tempo che intercorre tra l’insorgenza del problema e l’inizio del primo trattamento (DUED - duration of untreated eating disorder), a livello internazionale, varia da 2,5 a 6 anni a seconda del disturbo considerato (Flynn et al, 2021).

E’ invece **fondamentale riconoscere e affrontare tali problematiche precocemente.**

L’intervento tempestivo è positivamente correlato a una maggiore probabilità di guarigione (Austin, 2020), aiuta a prevenire l’aggravamento delle condizioni psicopatologiche e riduce la sofferenza degli attori coinvolti (ragazzo/a, familiari, amici, etc).

Se la “tempestività” è la parola chiave, altrettanto “ruolo chiave” giocano alcune figure sensibili alle difficoltà non espresse: **l’insegnante** e **l’operatore sportivo**.

Essi, quotidianamente in contatto con quella fascia di età della popolazione più a rischio possono, se adeguatamente informati e formati, individuare precocemente i primi segni della sofferenza, un possibile esordio di problemi alimentari e funzionare da ponte tra giovani e famiglia, da una parte, e medici, pediatri, specialisti e i Servizi dedicati alla valutazione e trattamento dei D.A., dall’altra.

Al loro fianco, gli **psicologi scolastici** capaci di sostenere **l’attività di prevenzione**, nei luoghi in cui gli adolescenti trascorrono la maggior parte del loro tempo, ovvero gli istituti scolastici.

Come professionisti della salute psichica dobbiamo costruire modelli per “aiutare ad aiutare” e trasmettere strumenti utili all’intervento a diversi livelli ma, per fare questo, è necessario comprendere le difficoltà “sul campo” di chi opera quotidianamente nel mondo dei giovani.

Per tale ragione, attraverso la predisposizione di interviste e questionari rivolti a docenti, dirigenti, psicologi scolastici e operatori sportivi, abbiamo esplorato bisogni e problemi delle figure professionali in prima linea nelle Scuole e nelle Associazioni Sportive e la proposta di questa help-guide di *buone prassi* vuole essere, per chi opera nel mondo della scuola e dello sport, quella di fornire uno strumento concreto per rispondere a domande concrete: *cosa dire, cosa fare, come intervenire?*

L’Ordine degli Psicologi del Lazio, in accordo con le finalità della professione di Psicologo (L. 56/89), promuove il benessere della cittadinanza attraverso azioni orientate alla prevenzione, con benefici sia sul singolo che sulla comunità. Tali benefici aumentano laddove si possa contare sulla costruzione di una “rete” virtuosa anche con figure centrali sul territorio, che agiscano in modo sinergico seppur con ruoli ben distinti.

Il documento prodotto è il risultato del lavoro curato dall’Ordine degli Psicologi del Lazio attraverso l’attività integrata dei Gruppi di Lavoro di “Psicologia e Alimentazione”, “Psicologia dello Sport e dell’Esercizio Fisico” e “Scuola e Psicologia”.

A partire da tutte le competenze messe in campo è stato possibile costruire il contenuto di questo opuscolo, un testo di facile consultazione e, al contempo, ricco di spunti operativi per **sostenere e accompagnare** l’*ascolto rispettoso* dei singoli e della comunità di adolescenti che chiedono aiuto o non riescono a chiederlo; per formare ed informare gli adulti di riferimento; per essere ancora più efficaci nelle azioni di prevenzione e promozione della salute e per aiutare chi svolge quotidianamente l’importante compito di sostenere l’adolescente nel suo percorso di crescita motivo, cognitivo, sociale.

Dott.ssa Paola Medde
Coordinatrice Progetto F.A.R.O.



INFORMAZIONI GENERALI

I Disturbi dell'Alimentazione (D.A.) rappresentano una categoria di disturbi mentali che incide fortemente sulle condizioni fisiche e psichiche della persona che ne è affetta. Pur nella loro diversità, ciò che accomuna questi disturbi è un'eccessiva preoccupazione per le forme e il peso del corpo, una persistente alterazione nelle modalità di alimentarsi (troppo cibo o troppo poco) e, in molti casi, la presenza di comportamenti tesi a ridurre le conseguenze dell'assunzione di cibo (vomito autoindotto, utilizzo di lassativi, eccessiva attività fisica). **Il cibo assume significato compensatorio rispetto alle problematiche emotive che ne possono essere all'origine:** nella restrizione alimentare, ad esempio, può restituire quella percezione di "controllo" che si sente di aver perso in altri contesti. Analogamente, **il consumo eccessivo di cibo può rivelarsi una soluzione utile ad alleviare temporaneamente stati di tristezza, solitudine o rabbia.** Nonostante l'apparente differenza tra queste tre categorie non è insolito che si possa passare da un disturbo all'altro (cross-over).

I PRINCIPALI DISTURBI ALIMENTARI

I principali Disturbi Alimentari sono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Abbuffata Compulsivo (Binge-Eating).

Nell'**Anoressia Nervosa** la **restrizione alimentare**, più o meno drastica, può portare a grave sottopeso e viene mantenuta anche quando si è raggiunta la magrezza estrema. La persona si vede sempre troppo grassa anche quando non lo è, controlla il peso attraverso il digiuno e/o un'intensa attività fisica finalizzata al solo scopo di *bruciare* calorie e senza alcun piacere. Tutta la giornata ruota attorno a questi comportamenti e preoccupazioni e il bisogno di controllo sul proprio corpo e sull'ambiente divengono pervasivi.

Nella **Bulimia nervosa**, prevalgono i comportamenti di **abbuffata**, con associati **sentimenti di colpa**, per ridurre i quali possono presentarsi episodi di **vomito autoindotto**. Così, le giornate trascorrono tra tentativi, più o meno riusciti, di "dieta" o digiuno intervallati da perdite di controllo sul cibo, percepite come attacchi di fame vorace.

Nel Disturbo **Binge-Eating**, come nella Bulimia, prevalgono gli episodi ricorrenti di abbuffata, ai quali raramente seguono delle condotte compensatorie. La caratteristica peculiare è **l'impulsività alimentare**.

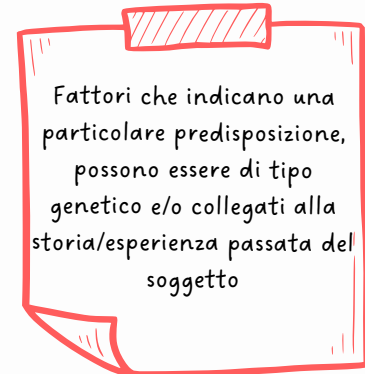
L'insorgenza dei D.A. è collegata ad un **profondo disagio psicologico ed emotivo** nella persona che ne soffre ed è determinata da molti fattori. **Nessuna variabile, da sola, è responsabile della malattia ma più elementi messi insieme danno origine al disturbo.** Possiamo individuare tra i "**fattori predisponenti**", una mentalità piuttosto rigida, un perfezionismo estremo e ansioso, bassa autostima, paure legate alla crescita, difficoltà nella gestione delle emozioni e fattori socio-culturali che promuovono, in un contesto "lipofobico", ideali di bellezza e magrezza come elementi collegati al valore personale e al successo.

FATTORI DI RISCHIO PER D.A. IL MODELLO MULTIFATTORIALE

Fattori predisponenti: bassa autostima, tendenza al perfezionismo, insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, elevata ansia, presenza di un familiare che soffre/abbia sofferto di D.A., fattori socio-culturali che promuovono la magrezza come valore.



Fattori precipitanti: esperienze traumatiche, situazioni di stress, un lutto delusioni nelle amicizie, atti di bullismo, l'inizio di una dieta rigida che "sfugge di mano" e si mantiene nel tempo.

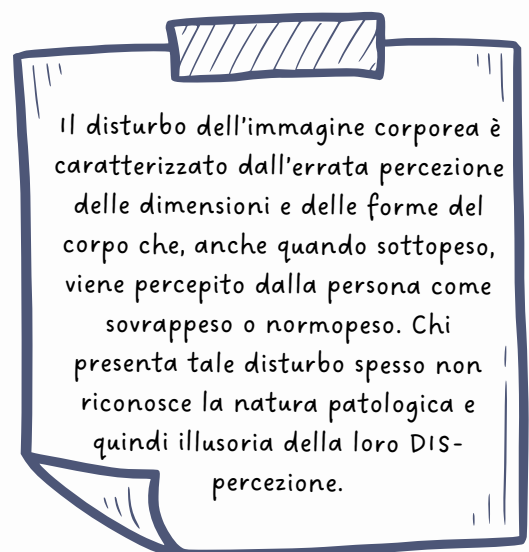


Fattori perpetuanti: quelli legati ad eventuali "vantaggi", come ad esempio l'errata convinzione di riuscire a gestire emozioni negative attraverso il controllo sul corpo e sul cibo.



IMPORTANTE: chi soffre di D.A., anche a causa della bassa autostima, tende a giudicarsi con eccessiva rigidità. L'ipercriticismo investe anche la percezione del corpo dando vita ad una **distorsione dell'immagine corporea**: troppo grasso (anche quando è normopeso o lievemente in sovrappeso) e mai adeguato agli standard prefissati. Un corpo del quale vergognarsi e da nascondere perché percepito come pieno di difetti fisici.

Pur essendo dei disturbi mentali, le conseguenze sono visibili principalmente sul corpo. Per tale ragione il trattamento deve essere effettuato all'interno di una équipe interdisciplinare che veda coinvolte (almeno) le figure dello psichiatra, dello psicoterapeuta e del nutrizionista.



I D.A. in italia

- Ogni anno si registra un incremento di circa 8.500 casi (fonte: SISDCA - Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare).
- Prevalentemente si tratta di giovani donne (il 90 %), anche se è in costante aumento la popolazione maschile interessata.
- Secondo i dati del Ministero della Salute, gli uomini rappresentano il 5-10 % di tutti i casi di anoressia nervosa e il 10-15 % dei casi di bulimia nervosa.
- Guardando all'incidenza della malattia, quella dell'anoressia nervosa è di almeno 8-9 nuovi casi per 100mila persone l' anno per le donne, mentre per gli uomini è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi.

8500
casi
ogni anno

90%
giovani
donne

D.A. e adolescenza

- La popolazione maggiormente coinvolta è quella dei/delle giovani adolescenti.
- Il disturbo insorge nel 20% dei casi tra gli 8 e i 12 anni, nel 50% tra i 15 e i 25 anni e solo nel 30% dei casi negli over-25.
- La forte correlazione tra l'insoddisfazione per le proprie forme corporee (tipica dei D.A.) e l'adolescenza (il 70% delle ragazze adolescenti sperimenta tale disagio), rende questa specifica fascia di popolazione altamente a rischio.
- Gli adolescenti sperimentano frequentemente diete "fai da te" per ridurre o modificare le proprie forme corporee. Studi recenti dimostrano che, nel caso in cui si intraprendano diete severe, il rischio di cadere in un D.A. è particolarmente elevato.

20%
tra gli
8 e i 12
anni

diete
"fai da te"

Complicazioni

I D.A. sono malattie gravi; sebbene si possa guarire, se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono divenire croniche e condurre al decesso:

- secondo i dati dell'ultima rilevazione del Ministero della Salute, i D.A., sono la **seconda causa di morte** (dopo gli incidenti stradali) nella fascia d'età dai 12 ai 17 anni (Dalla Ragione et al., 2021);
- dal **punto di vista fisico**, pos sono presentarsi: ulcere intestinali e danni permanenti ai tessuti dell'apparato digerente, disidratazione, danneggiamento di gengive e denti, seri danni cardiaci, al fegato e ai reni, problemi al sistema nervoso quali difficoltà di concentrazione e di memorizzazione, danni al sistema osseo quali accresciuta probabilità di fratture e di osteoporosi, blocco della crescita, emorragie interne, ipotermia e ghiandole ingrossate.
- Il **rischio di suicidio**, più comune tra persone con anoressia nervosa rispetto a quelle con bulimia nervosa, è dovuto alla presenza di sintomi ansiosi o depressivi e all'impulsività. Rappresenta la seconda causa di morte per anoressia nervosa dopo le complicazioni del disturbo alimentare (Sullivan, P.F., 1995).

COME RICONOSCERE UN D.A.

L'**individuazione dei primi sintomi potrebbe essere difficile** per molte ragioni:

1. Chi soffre di D.A. può tendere a mostrarsi perfetto/a in tutte le aree della propria vita ed essere poco disposto/a ad ammettere che vi sia un disagio (o spesso a riconoscerlo).
2. In taluni casi, i sentimenti di vergogna e colpa impediscono di dichiarare apertamente il problema e prevale il desiderio di non esporsi.
3. Molti comportamenti, almeno in una fase iniziale, possono essere confusi con una generale tendenza ad aderire a modelli culturali in cui la magrezza, il mangiare sano e l'ossessione per il fitness vengono premiati (cultura del dieting).
4. Spesso si arriva a riconoscere un D.A. quando chi ne soffre non riesce più a nascondere, quando ormai la situazione è precipitata e la magrezza, il rifiuto del cibo e/o le abbuffate hanno pericolosamente assunto il ruolo di protagoniste.



Per quanto detto, i genitori e gli adulti di riferimento faticano a comprendere quando pensieri, comportamenti e scelte alimentari dei giovani, stanno diventando fattori di rischio per la salute fisica e mentale.

E' importante **saper osservare (non indagare)** l'eventuale presenza di alcuni segni o sintomi e **saper ascoltare (non interrogare)** per poter aprire uno **spazio di dialogo** che possa essere di aiuto agli studenti, atleti, sportivi e adulti che di loro si occupano.

Ricordando sempre che solo medici e psicologi possono effettuare la diagnosi, è comunque possibile cogliere dei segnali come quelli di seguito elencati (cambiamenti fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali) che possono costituire degli "alert" di un possibile disagio e della necessità di prestare attenzione.



CAMBIAMENTI FISICI

quali sono i segnali "sentinella" di un disturbo alimentare

1

CAMBIAMENTO DI PESO SIGNIFICATIVO E REPENTINO NON ASSOCIATO A CRESCITA O A POSTUMI DI MALATTIE FISICHE

Anche se il dimagrimento non è un marcatore clinico imprescindibile, poiché anche le persone con peso corporeo nella norma possono essere affette da un disturbo alimentare

2

SENSIBILITA' AL FREDDO

COMPARSA DI PELURIA SOTTILE SUL CORPO/VISO/BRACCIA

Lanugo

4

3

CAMBIAMENTI VISIBILI DELLA QUALITÀ DELLA PELLE E DEI CAPELLI

perdita di capelli e di lucentezza, la pelle appare secca e disidratata

5

COMPARSA DI ESCORIAZIONI SULLE NOCCHIE DELLE MANI

6

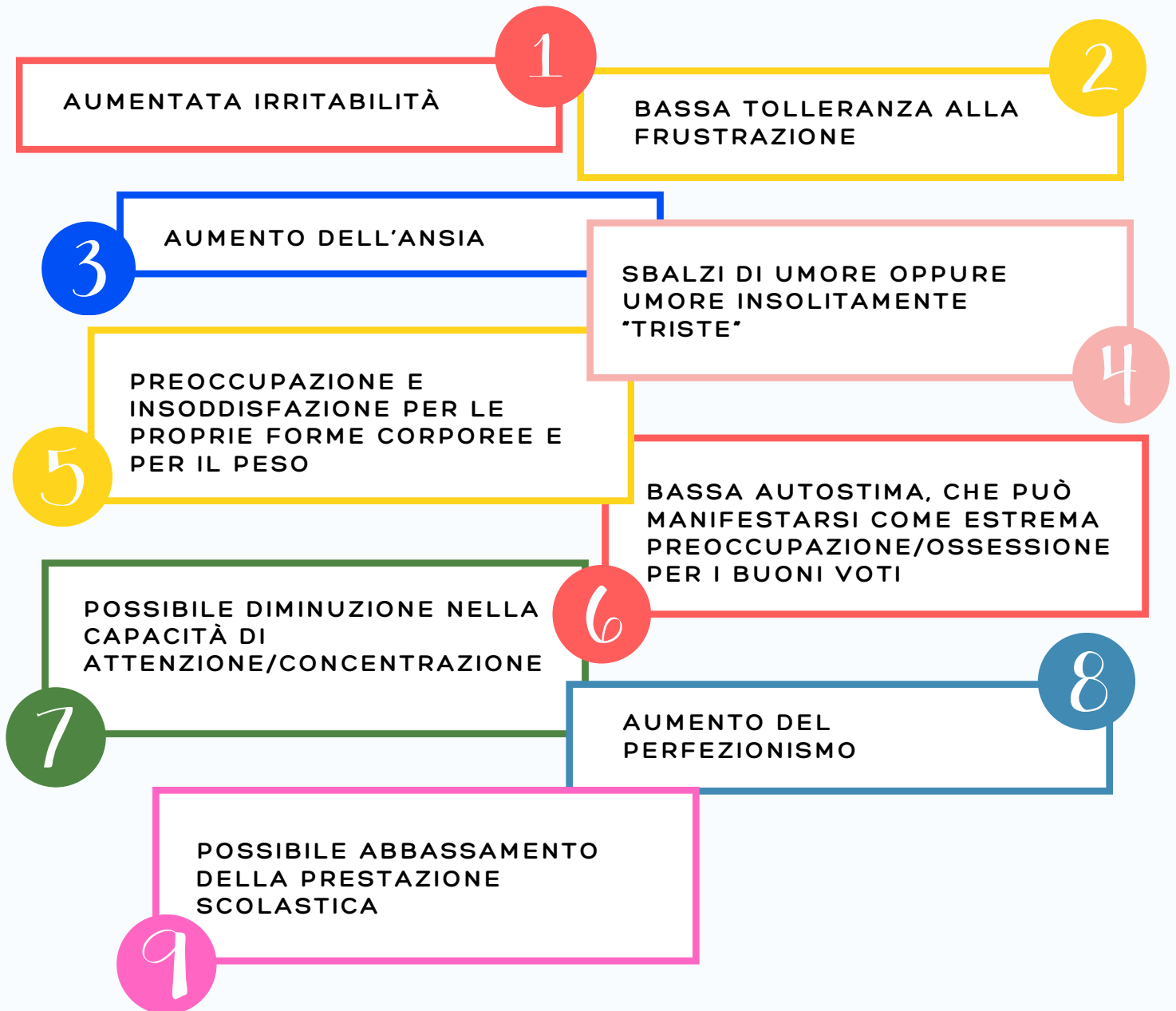
OCCHI ARROSSATI/ CAPILLARI ROTTI

7

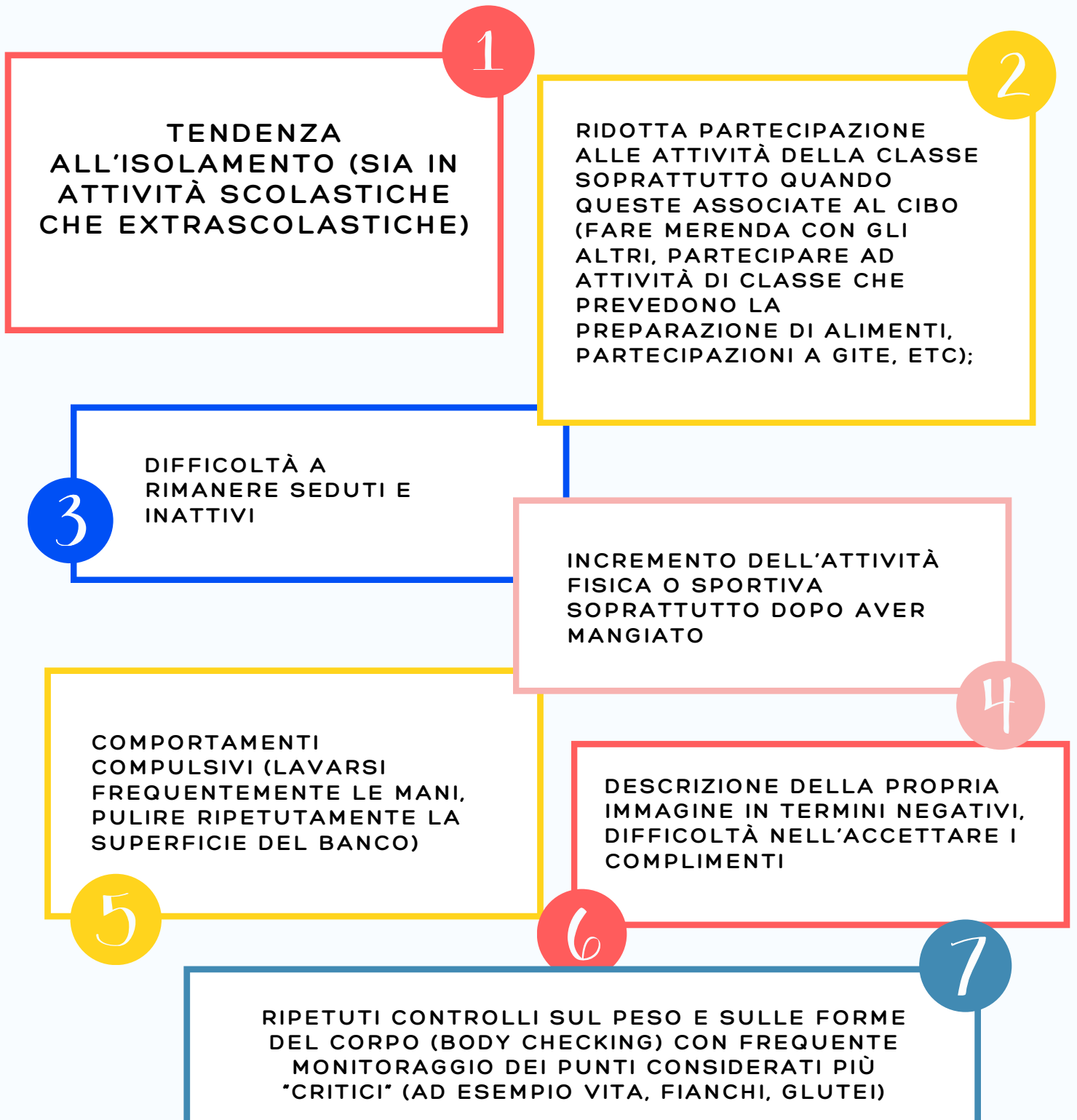
FREQUENTE INSORGENZA DI DOLORI ADDOMINALI, EMICRANIA, AFFATICAMENTO, MANCANZA DI ENERGIA

CAMBIAMENTI EMOTIVI E COGNITIVI

quali sono i segnali "sentinella" di un disturbo alimentare



CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI *quali sono i segnali "sentinella" di un disturbo alimentare*



CAMBIAMENTI NEL RAPPORTO CON IL CIBO

*quali sono i segnali "sentinella" di un
disturbo alimentare*

1

ECCESSIVALENTEZZA NEL
TERMINARE I PASTI CON
SMINUZZAMENTO DEL CIBO
INGERITO A PICCOLI
BOCCONI

2

ESCLUSIONE TOTALE DI
ALCUNI ALIMENTI O GRUPPI
DI NUTRIENTI

3

TENDENZA A MANGIARE DA
SOLI/E, IN CAMERA, OPPURE
AD ANTICIPARE L'ORARIO DEI
PASTI CON QUALCHE SCUSA,
PER NON CONDIVIDERLO CON I
FAMILIARI

ECCESSO DI ACQUA INGERITA
CON L'OBIETTIVO DI
AUMENTARE IL SENSO DI
SAZIETÀ

4

RITUALI ALIMENTARI CHE
RIGUARDANO UNA CERTA
METODICITÀ COME LA RIGIDITÀ
NEGLI ORARI DEI PASTI, IL
MODO DI APPARECCHIARE, IL
CONTEGGIO DELLE
MASTICAZIONI, IL NUMERO DEI
BOCCONI

LETTURA FREQUENTE DI
RICETTE E/O METODI DI
COTTURA ATTRAVERSO LIBRI O
CANALI SOCIAL

5

LISTE DI ALIMENTI E CALORIE
ASSUNTE

6

7



FALSI MITI

Nonostante le campagne di informazione, ancora oggi, molte persone fanno fatica a considerare i D.A. come un vero e proprio **disturbo mentale**. C'è chi ritiene che si tratti di una semplice dieta anche se eccessiva, chi ritiene che alcuni comportamenti siano un modo per attirare l'attenzione o l'espressione di superficialità e vanità, la naturale "fase critica" dell'adolescenza. Quando poi ci si rende conto che la situazione peggiora, le soluzioni sono spesso semplicistiche: *"basta ricominciare a mangiare e tutto si risolve!"*

Sappiamo invece che un D.A. non è una scelta di vita, una semplice dieta, un capriccio o pura "vanità femminile". È un grave disturbo mentale con una forte componente biologica e va trattato con **interventi interdisciplinari**: psicologici, psichiatrici, nutrizionali, spesso di lunga durata.

Nei casi più gravi si rende necessario anche il ricovero ospedaliero.
Di seguito un breve elenco delle false credenze più comuni collegate ai D.A.

FALSI MITI

miti e credenze sui disturbi alimentari

È SOLO UNA SEMPLICE DIETA

FALSO

Nei D.A. la dieta non è uno stile di vita ma un'ossessione per il cibo associata spesso a esercizio fisico estremo, praticato per molte ore al giorno.

IL D.A. SI RISOLVE MANGIANDO

FALSO

È un grave disturbo mentale. Necessita di terapie mediche e di intervento psicoterapeutico per agire sulle cause che sono spesso di natura affettiva-emotiva e relazionale. Il recupero del peso è un aspetto importante ma non coincide con la guarigione.

È UN MODO PER ATTIRARE L'ATTENZIONE

FALSO

Chi è affetto da questo disturbo tenta di negare e nascondere il problema. Il rapporto disfunzionale con il cibo è l'unico modo possibile per gestire un dolore profondo.

È UNA FASE DELLA CRESCITA

FALSO

Spesso insorge in adolescenza perché in questa fase può esserci insoddisfazione corporea ma non tutti gli adolescenti sviluppano un D.A.

IL D.A. È SOLO UNA QUESTIONE DI VANITÀ

FALSO

Chi ne soffre non si piace né esternamente né internamente. Il controllo o lo sfogo sul cibo è l'unico modo per sentirsi efficaci, per gestire le emozioni travolgenti.

IL D.A. È PRESENTE IN RAGAZZE/RAGAZZI SUPERFICIALI

FALSO

Spesso sono studenti/esse modello o atleti/e straordinari, alla ricerca della perfezione ma anche adolescenti desiderosi/e di rapporti profondi ma delusi/e di non trovarne.

È COLPA DEI GENITORI

FALSO

Il nucleo familiare può essere, invece, un alleato e deve essere parte attiva nel trattamento per un outcome positivo.

LE PERSONE CHE SOFFRONO DI ANORESSIA NON HANNO APPETITO

FALSO

In realtà avvertono chiaramente il segnale fisiologico di fame ma esercitano su di esso un controllo estremo: pensano al cibo per gran parte del tempo e lottano continuamente contro la voglia di mangiare.

C'È SEMPRE UNA "PERDITA DI PESO SIGNIFICATIVA"

FALSO

Chi soffre di questi disturbi potrebbe apparire in piena salute o anche in sovrappeso.

UN PESO CORPOREO INFERIORE GARANTISCE SEMPRE MIGLIORI PERFORMANCE SPORTIVE

FALSO

L'alimentazione insufficiente comporta perdita di massa muscolare e minore disponibilità energetica per affrontare gli impegni sportivi, peggiorando la prestazione.

COME COMPORTARSI IN CASO DI SOSPETTO D.A.

In tutte le patologie mentali e del comportamento, la domanda di aiuto è inferiore rispetto alla reale incidenza del disturbo stimata nella popolazione generale. Le ragioni sono molteplici:

1. è difficile trovare il coraggio di ammettere a sé stessi e agli altri che c'è un problema;
2. a nessuno piace mostrare le proprie vulnerabilità, soprattutto a chi soffre di un D.A.;
3. il giudizio, la vergogna ed il senso di colpa impediscono di chiedere aiuto.

Conseguentemente: *"sto benissimo!", "io non ho bisogno dell'aiuto degli altri, posso farcela da solo/a"*, sono frasi tipiche.

Rimanere spettatori impassibili di fronte ad una persona che soffre di D.A. è difficile. I sintomi osservati possono lasciare sgomenti, impotenti, preoccupati o, addirittura, generare frustrazione e rabbia. Tuttavia, giudicare, criticare o usare autorevolezza per proporre cambiamenti non è la strada giusta: l'**empatia** è la chiave per sollecitare una richiesta d'aiuto spontanea.

Gli Insegnanti e gli operatori sportivi non possono affrontare da soli tali problematiche ma possono **motivare** e **orientare** verso **percorsi professionali specialistici**.

Gli insegnanti e gli operatori sportivi, per poter essere efficaci, chiedono di sapere **come comportarsi, cosa dire/non dire, cosa fare/non fare** al fine di favorire il dialogo, la richiesta di cura e stimolare una **motivazione autonoma**, fondamentale per intraprendere la strada della guarigione.

Di seguito una indicazione di atteggiamenti/comportamenti e parole/frasi che possono, in generale, facilitare il primo approccio perché, se è vero che è difficile "agganciare" un/una adolescente che presenta questo problema, il primo passo da fare è trasmettere uno spazio di disponibilità all'ascolto e offrire un **giusto supporto**. Per approfondire il video del webinar "Parole che "curano" parole che "feriscono". Il messaggio che va dato è che noi siamo lì per rassicurare, sostenere, ascoltare senza forzare, senza costringere, senza colpevolizzare.



Per approfondire il video del webinar
"Parole che "curano" parole che "feriscono".

COME COMPORTARSI IN CASO DI D.A.

EVITARE DISCUSSIONI SUL CIBO

Porre domande dirette riguardo alle abitudini alimentari potrebbe essere percepito come invadente o accusatorio. Evitare commenti come *"Perché mangi così tanto?"* o *"Perché non mangi?"*.

NON FARE RIFERIMENTO AL CORPO

Evitare commenti sul peso o sull'aspetto fisico. Frasi come *"Ti vedo dimagrita/ingrassata, che ti succede?"* possono essere destabilizzanti e aumentare la sensazione di giudizio.

NON FORMULARE DIAGNOSI

Evitare di etichettare o categorizzare il comportamento (vuoi diventare anoressica/o, obesa/o? Invece, parlare delle impressioni sul malessere emotivo, come *"Mi sembra triste, se vuoi parlarne, sono qui"*.

NON UTILIZZARE SENSI DI COLPA

Prendiamoci del tempo per evitare di spingere la persona a "confessare". Frasi del tipo *"Dimmi cosa ti succede, fallo per me"* possono risultare controproducenti.

EVITARE GIUDIZI

Mantenere un tono non giudicante e aperto. Frasi accusatorie come *"Cosa è questa sciocchezza che stai facendo?"* non sono costruttive.

INCORAGGIARE AL DIALOGO

Creare uno spazio sicuro per l'ascolto. Frasi del tipo *"Potrei non capire completamente ma sono qui se hai bisogno di parlare"* mostrano disponibilità senza forzare.

EVITARE SENSI DI COLPA ATTRIBUITI A CHI SOFFRE

Non far sentire colpevole la persona. Evitare frasi come *"Fai soffrire anche noi con questo tuo comportamento"* perché possono generare ulteriore stress.

SE OPPORTUNO, SUGGERIRE, CON SENSIBILITÀ, IL COINVOLGIMENTO DI UN FAMILIARE O DI UNO PSICOLOGO (COME LO PSICOLOGO SCOLASTICO, SE PRESENTE) PER PARLARE DEL PROPRIO DISAGIO EMOTIVO

Tuttavia, farlo, evitando che sembri un obbligo.

COME ACCOGLIERE UNA RICHIESTA DI AIUTO

Nel caso in cui sia il ragazzo/la ragazza ad avvicinarsi per iniziare a raccontare le sue difficoltà, di seguito si elencano possibili frasi e comportamenti utili a favorire un ascolto "rispettoso".

DIMOSTRARE GRATITUDINE PER LA FIDUCIA E L'APERTURA NEI NOSTRI CONFRONTI

*So che è stato difficile parlarne e sappi
che puoi contare su di me*

RICONOSCERE LA GRANDE LOTTA E FATICA CHE CI STA METTENDO

*Noto quanto per te sia impegnativo ma
non sei sola/o e questa fatica ti porterà a
stare bene*

INCORAGGIARE A VEDERE UNA PROSPETTIVA FUTURA

*Ho fiducia in te e nel fatto che quando
sarai pronta/o farai il primo passo*

ESSERE FIDUCIOSI E TRASMETTERE FIDUCIA

*Insieme non permetteremo alla
malattia di avere la meglio*

COINVOLGERE LA PERSONA NEL PENSARE AI PASSI SUCCESSIVI. A VOLTE UNA RICHIESTA DI AIUTO PUÒ FAR SENTIRE NELL'URGENZA DI OFFRIRE UNA SOLUZIONE

*Se sei disorientata/o ti aiuterò a capire
cosa ti sta accadendo e chi potrà aiutarti*

DARSI TEMPO PER RIFLETTERE E ASCOLTARE, SENZA CEDERE ALLA FRETTA

*Prendiamoci del tempo per riflettere,io
farò del mio meglio per comprenderti*

SOLLECITARE A RICHIEDERE UN AIUTO PROFESSIONALE

*Ora che abbiamo compreso la tua difficoltà,
è importante che qualcuno di esperto sia al
tuo fianco per sostenerti*

Quando **la persona ha già iniziato un percorso di cura** e assistiamo al miglioramento di alcune condizioni cliniche, dobbiamo evitare di dire frasi che, nell'intenzione di incoraggiare, potrebbero invece innescare un effetto contrario. Alcuni commenti potrebbero provocare una curva discendente e generare ricadute. Se l'aumento del peso dagli altri può essere visto come un successo, per chi soffre di D.A. è un segnale di pericolo, di un limite che non vogliono superare. E' importante quindi:

1. **Non esprimere approvazione/entusiasmo per i cambiamenti visibili** (Stai benissimo ora che hai messo su un po' di peso! Sei ingrassata vero?)
2. **Utilizzare, invece, espressioni riferite al miglioramento di aspetti emotivi** ("mi sembri più serena/felice/ tranquilla")



IL RUOLO DELL'INSEGNANTE

La scuola è un microcosmo nel quale i ragazzi e le ragazze costruiscono opinioni, conoscenze, esperienze. E' il luogo dove gli adolescenti trascorrono la maggior parte delle ore della giornata e dove potrebbero osservarsi i primi segnali d'allarme rispetto a un D.A.. Non è compito della scuola fare diagnosi, tuttavia gli insegnanti possono avere un ruolo importante nella **prevenzione**, nella **individuazione di situazioni a rischio**, nel **sostegno** al percorso di consapevolezza e richiesta di aiuto.

In generale, è consigliabile per l'insegnante:

- evitare di far riferimento ad indicatori come il peso corporeo o indice di massa corporea sia durante le ore di attività fisica che in quelle di biologia/anatomia;
- intervenire tempestivamente qualora nel gruppo classe si rilevino commenti, giudizi negativi e/o derisione per il peso e l'aspetto fisico;
- evitare di far riferimento a diete restrittive durante la lezione;
- assicurarsi che eventuali programmi di prevenzione/promozione della salute a scuola siano condotti da psicologi e nutrizionisti specificatamente formati in D.A.;
- informare, in anticipo, il gruppo classe su attività scolastiche che prevedano la manipolazione di alimenti, lasciando ai singoli studenti la scelta di partecipare;
- prestare attenzione alle informazioni sensibili che possono circolare in classe (tipo di disturbo, gravità, terapie, difficoltà familiari, etc.);
- non far pesare l'eventuale assenza, giustificazione o impreparazione dello studente/essa che è affetto/a da D.A.;
- spesso uno studente/studentessa con D.A. genera paura nei compagni di classe: è importante prestare attenzione al rischio di esclusione sociale e isolamento.

L'insegnante potrebbe sentire la responsabilità del ruolo soprattutto quando si accorge di avere di fronte una persona in difficoltà, che potrebbe chiedere aiuto ma potrebbe anche non volerne alcuno. Due possibili situazioni possono coinvolgere l'insegnante:

- i casi in cui studentesse e studenti non chiedono aiuto in modo esplicito ma mostrano segni di disagio;
- i casi in cui studentesse e studenti chiedono aiuto in modo esplicito.

a) La prima situazione, più "complessa" è quando l'insegnante ha la sensazione che uno/a studente/ssa, pur mostrando segni evidenti di difficoltà, nega di essere in una condizione di disagio. Il primo passo è quello trasmettere il messaggio che si è lì per loro, che possono confidarsi se vogliono (e non per forza) e ricevere interesse autentico e rispettoso.



Ricordate! Mostrare un evidente disagio, soprattutto in chi soffre di D.A. non coincide sempre con un'intenzionale richiesta di intervento. Talvolta i giovani temono di non essere capiti, temono le conseguenze, a volte non si fidano degli adulti. Può persino accadere che un giovane si senta invaso o addirittura minacciato dall'interesse manifestato da parte di un insegnante che chiede *"come stai? Mi sembri in difficoltà ultimamente"*.

Avere un disagio psicologico può significare avvertire che qualcosa non va, senza che si riesca a definirlo in modo preciso. L'insegnante, in questi casi, può aiutare a trasformare la confusione in una vera e propria richiesta di aiuto.

b) Nel secondo caso, è utile che la scuola possa contare su una rete di contatti e figure di riferimento che siano preesistenti alla manifestazione del problema. Per esempio: sportello scolastico, connessione con i Servizi del territorio, docenti con funzione strumentale specifica. Le scuole in cui è presente una équipe di insegnanti che si occupa di promuovere il benessere psicologico sono nelle condizioni di gestire in modo più efficace i problemi fuori dalla logica dell'emergenza, in un'ottica preventiva.

Che gli insegnanti siano parte di una rete è di per sé una forma di intervento sui problemi dei giovani. Risulta dunque essenziale che ogni insegnante sappia quali siano nell'istituto in cui si presta servizio le figure utili da coinvolgere nell'eventualità di un caso di D.A.

In generale, nei casi in cui si sospetti la presenza di un D.A:

- Evitare "atteggiamenti investigativi" utilizzando domande troppo dirette che potrebbero scoraggiare l'emersione di una richiesta di aiuto esplicita
- Mantenere una posizione aperta e non giudicante
- Proporre spazi adeguati e riservati nei quali, all'occorrenza, lo studente può parlare con discrezione di eventuali difficoltà
- Consultare, se presente, lo psicologo scolastico, concordando con tale figura le eventuali azioni da intraprendere
- Confrontarsi con altri docenti e personale scolastico

Nei casi in cui uno studente/ssa chieda esplicitamente aiuto all'insegnante:

- Ascoltare con attenzione e empatia favorendo, se necessario, il "passaggio" della richiesta di aiuto ad un insegnante informato sulle risorse disponibili, sia quelle interne alla scuola sia sul territorio
- Invitare a rivolgersi a specialisti e a parlarne con i familiari
- Confrontarsi con altri docenti e altre figure del personale scolastico prima di sentire la famiglia. I genitori di studenti con D. A. possono sentirsi talvolta invasi, attaccati, accusati
- Contattare i genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale. Tale passaggio richiede tatto, cautela e deve essere concordato con il/la ragazzo/a.
- Favorire e motivare, se necessario, alla presa in carico da parte di un esperto presente a scuola o da parte dei servizi del territorio
- Mantenere una comunicazione costante (non invadente) per comprendere le decisioni prese in merito all'eventuale trattamento
- Nei casi di ricovero, o di prolungata assenza, rendersi disponibili ad un supporto extrascolastico o alla possibilità di frequentare da remoto le lezioni.

L'insegnante può fare affidamento su una serie di strumenti e figure professionali. In particolare:

Piano Didattico Personalizzato (PDP)

Utile non solo per definire gli interventi da mettere in atto nei confronti di studenti con particolari esigenze ma anche per creare una linea comune tra tutte le figure impegnate nei progetti formativi e negli eventuali sistemi di cura.

Attività periodiche di formazione e sensibilizzazione in tema D.A. rivolte a personale scolastico, giornate dedicate, incontri con esperti, produzione di materiale consultabile via internet etc. sono di grande utilità per costruire reti di aiuto e aumentare le proprie competenze.

Attività periodiche di formazione e sensibilizzazione in tema D.A.

Lo psicologo scolastico

Se nel proprio Istituto è presente uno psicologo scolastico, risulta di grande importanza per insegnanti e personale scolastico prendere visione di un eventuale progetto d'intervento o avere contezza degli accordi tra psicologo e scuola. E' bene capire su quali problemi è possibile convocarlo e attraverso quali modalità, aprire un canale di comunicazione per segnalare situazioni problematiche. Negli ultimi anni molte scuole hanno attivato collaborazioni con psicologi scolastici sulla base del Protocollo di Intesa tra Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP) e MIUR siglato nel 2020 (sull'emergenza Covid-19). Tale protocollo definisce i problemi e le principali forme di supporto psicologico. E' possibile prendere visione di tale documento visitando questo sito: <https://www.psy.it/aree-tematiche/protocollo-scuola/>



IL RUOLO DEGLI PSICOLOGI NELLA SCUOLA

Negli ultimi anni **la figura dello psicologo scolastico** è stata oggetto di una crescente diffusione nelle sue molteplici forme ma ad oggi, a differenza di altri paesi europei, **non è ancora istituita per Legge**. Ciononostante, esiste la possibilità per le scuole di dotarsi di un/una consulente psicologo come risorsa ma solo se l'Istituto scolastico in questione decide di attivare una collaborazione sulla base delle proprie esigenze e in accordo con le risorse finanziarie disponibili (anche attraverso contributo economico volontario delle famiglie).

L'assenza di una normativa che regoli la modalità di intervento e le funzioni dello psicologo scolastico rende necessario stabilire, di volta in volta, i problemi per cui chiedere un supporto, le modalità di intervento, gli obiettivi. La sua sola presenza non garantisce, pertanto, che nel mandato del professionista consulente vi sia anche quello di fornire il necessario supporto su questo problema e la creazione di uno spazio di ascolto dedicato a studentesse/studenti e personale scolastico non esaurisce e non coincide scontatamente con l'intervento psicologico a scuola.

Sono molte altre infatti le possibilità: interventi progettuali rivolti a gruppi (classi, docenti, famiglie), sensibilizzazione e formazione su temi come bullismo, competenze relazionali, psicoeducazione, progetti di orientamento, contrasto e prevenzione delle dipendenze, progetti sui temi dell'esclusione sociale. Ad oggi, la presenza, in molti Istituti, della figura professionale dello psicologo scolastico, come consulente per la prevenzione, individuazione e gestione dei disagi psicologici degli studenti, consente di poter attuare interventi di promozione della salute efficaci. È, in molti casi, una preziosa risorsa per l'avvio all'organizzazione di interventi di formazione del corpo docente sia per la gestione del gruppo classe che per la prima accoglienza di situazioni a rischio.

È bene che lo psicologo scolastico, fin dalle fasi iniziali della sua attività, approfondisca:

- il Piano dell'Offerta Formativa della scuola. Da esso possono essere ricavate informazioni preziose sulla storia, i problemi, i bisogni, gli obiettivi e le risorse della comunità scolastica;
- se nella scuola in cui opera vi siano risorse/figure utili nel caso in cui si entri in contatto con problemi legati ai D.A. (referenti di progetto, funzioni strumentali, materiali prodotti negli anni passati etc.);
- quali sono i progetti di UdA, PCTO o altro;
- eventuali risorse del territorio cui inviare, fare affidamento, chiedere confronto in caso di necessità.

Le attività degli psicologi nella scuola non devono essere pensate come una replica dello studio privato tra le mura scolastiche. Lo psicologo/psicologa che nella scuola dovesse incontrare una persona con problemi che fanno pensare a un D.A. può intervenire su diversi aspetti:

Nella prevenzione

- promuovere attività all'interno della scuola, organizzate e condotte da professionisti qualificati, che abbiano ad oggetto la prevenzione dei fattori di rischio e la promozione dei fattori di protezione dei D.A. (vedi paragrafo relativo);
- valutare l'opportunità di costruire spazi di confronto con docenti e gruppi di studenti/esse sul tema;
- mantenere un livello adeguato di formazione sui D.A.

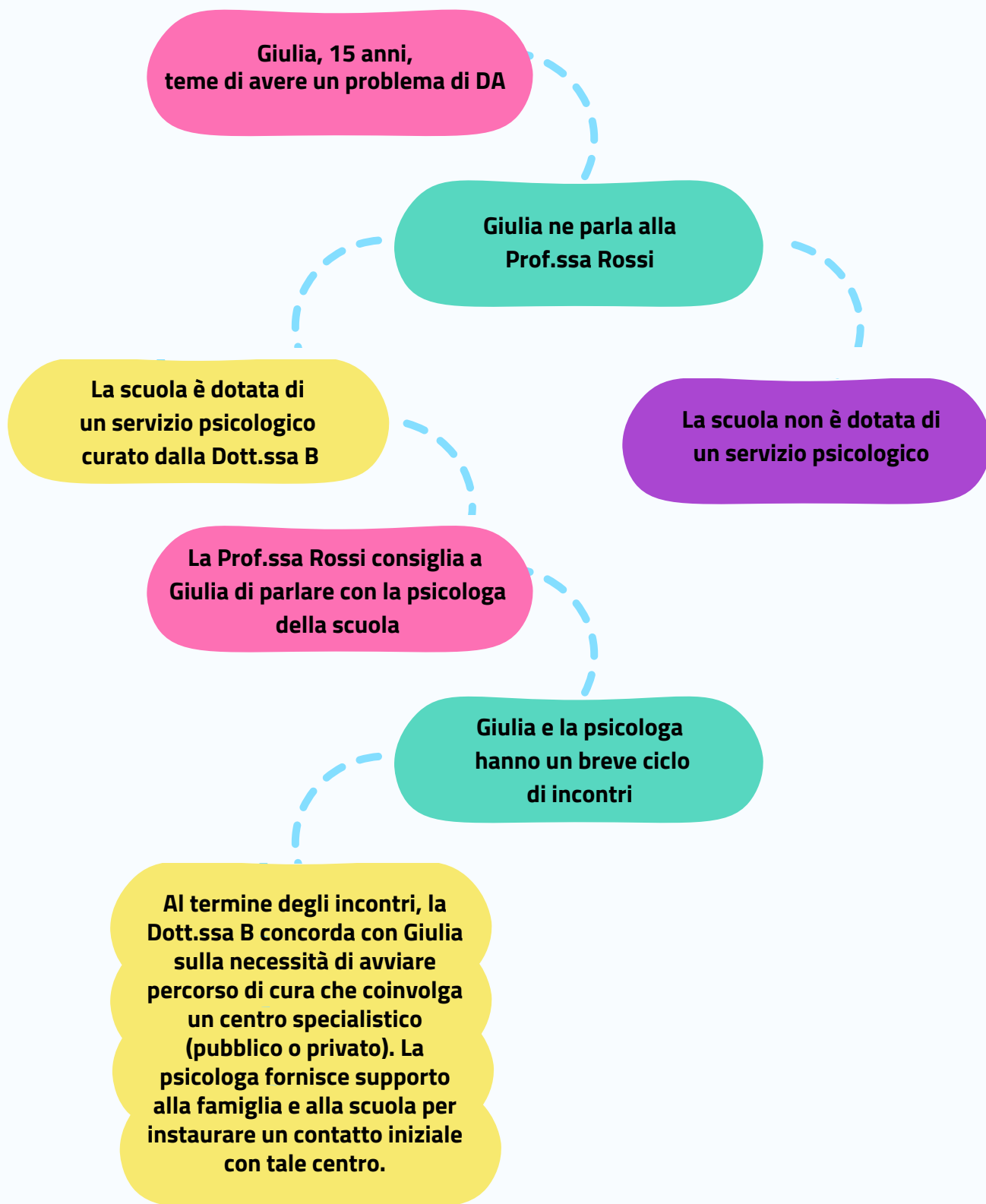
Nei casi in cui uno studente/ssa chieda esplicitamente aiuto:

- analizzare la domanda d'aiuto e concedersi il tempo necessario per costruire una relazione di fiducia;
- focalizzare l'ascolto sulle emozioni prima che sul cibo;
- accogliere e gestire la negazione e le resistenze;
- esplorare il significato e il senso che alcune espressioni di sofferenza possono avere nella relazione tra studente e comunità scolastica;
- esplorare la rete di supporto affettivo e la qualità delle relazioni all'interno del gruppo classe;
- capire se sono presenti fattori precipitanti nel contesto scolastico che favoriscono le eventuali condotte disfunzionali;
- valutare la presenza di difficoltà di apprendimento, concentrazione, attenzione e/o di sintomi fisici;
- offrirsi come mediatori nella comunicazione sia con la famiglia che con gli insegnanti
- considerare che non sono solo gli studenti a poter segnalare momenti di difficoltà ma anche il personale scolastico e i genitori. In questi casi fornire supporto e sostegno al personale nel comportamento da adottare;
- valutare e stimolare la motivazione ad un percorso di cura;
- rispettare il proprio mandato e, nell'osservanza del codice deontologico, aiutare lo studente/ssa e la sua famiglia ad entrare nei sistemi di cura offerti dai Servizi presenti sul territorio.

Passando a considerazioni più generali, con particolare riferimento alla normativa e alla deontologia, pensiamo sia utile ricordare che l'Ordine degli Psicologi del Lazio ha pubblicato un Vademecum Deontologico operativo dello Psicologo a Scuola consultabile al link <https://ordinepsicologilazio.it/post/psicologo-a-scuola>



Proponiamo di seguito, in modo schematico, i passaggi che possono essere seguiti in una situazione di sospetto D.A.:



IL RUOLO DEGLI OPERATORI SPORTIVI

*allenatori/istuttori, preparatori fisici, insegnanti
di scienze motorie*

Più della metà della popolazione degli adolescenti pratica sport o una qualche attività fisica. Considerando che l'adolescenza è la fase evolutiva più a rischio per un D.A. è fondamentale **sensibilizzare sulla tematica** allenatori, istruttori, preparatori fisici, insegnanti di scienze motorie e, al contempo, fornire strumenti per poter prevenire o rilevare precocemente un possibile problema attuale o futuro di D.A.

Anche se, in generale, l'attività fisica favorisce il mantenimento del benessere, tuttavia, l'ambiente sportivo può far emergere alcune vulnerabilità o diventare il luogo dove chi soffre di D.A. si rifugia.

Attività sportiva agonistica

L'attività sportiva agonistica può favorire lo sviluppo di un D.A. soprattutto in quelle discipline che richiedono il requisito della magrezza ai fini della prestazione. In questi casi, l'incoraggiamento alla perdita di peso, soprattutto in età evolutiva, rischia di concentrare l'attenzione sul corpo piuttosto che sul benessere psicofisico. (Gould e Weinberg, 2019; Swoap, Murphy, 1995; Thompson, Sherman, 1999; Petrie, Greenleaf, 2012; Anderson, Petrie e Neumann; 2011).

Sono soprattutto gli sport in cui la magrezza è associata anche al valore estetico (es. danza, pattinaggio, ginnastica artistica), a presentare maggiori fattori di rischio poiché in questi ultimi l'aspetto esteriore, fatto di determinati requisiti fisici, non è solo il mezzo ma anche il fine per ottenere una buona performance.



Considerando che le discipline definite "estetiche" vengono praticate in misura prevalente dalla popolazione femminile (più vulnerabili al D.A.) e caratterizzate da un anticipato avviamento allo sport agonistico, il rischio di scegliere uno sport non adeguato alla tipologia corporea futura è elevato e tale scelta può essere un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo di una visione di sé negativa e non adeguata "fisicamente" anche in collegamento allo sviluppo puberale (Malina et al. 2004). Atlete e atleti riferiscono di seguire una dieta per migliorare l'aspetto, perdere peso e migliorare le prestazioni sportive e questo comportamento, associato a tendenze perfezionistiche e alla pressione esercitata dagli allenatori e dai genitori può essere un fattore di rischio che necessita di azioni di prevenzione rivolte a tutti coloro che fanno parte del sistema che li circonda (Martinsen et. coll. 2010).

In ambito "agonistico" infine, da menzionare, nella popolazione femminile la cosiddetta **triade dell'atleta**, un'entità clinica che si compone delle seguenti TRE caratteristiche:

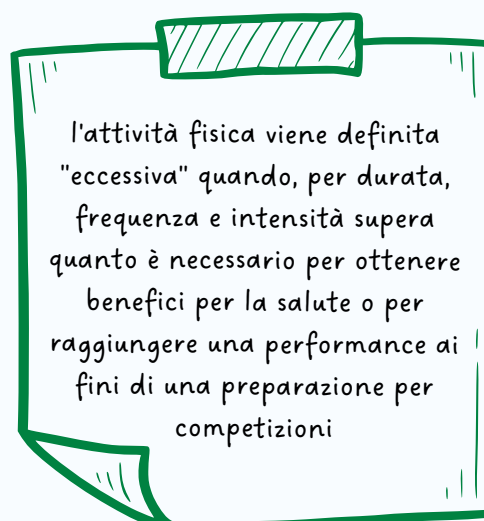
- deficit energetico, con o senza un D.A. (l'energia consumata è superiore a quella introdotta con gli alimenti)
- disturbi mestruali e amenorrea
- perdita di massa ossea e osteoporosi

Non è chiaro se questa sindrome, ancora poco conosciuta, non solo tra i professionisti ma anche tra gli atleti e tutti coloro che gravitano intorno al mondo dello sport, sia una patologia a sé stante o possa essere considerata una manifestazione di un D.A. ma certamente, visti i segni caratterizzanti, merita attenzione.

Fatte queste dovute premesse, è evidente che un allenatore consapevole potrà meglio intercettare i rischi, identificare situazioni "limite" e chiarire all'atleta che la presenza di un disordine alimentare quasi certamente provocherà compromissione della prestazione nel medio-lungo termine.

Attività sportiva non agonistica

Al di fuori dei contesti agonistici (in palestra, a scuola etc.), gli operatori sportivi potrebbero riscontrare la presenza di **esercizio fisico eccessivo, compulsivo o afinalistico**. Questo tipo di allenamento può potenzialmente rappresentare un indicatore di problematiche alimentari.



L'esercizio/allenamento eccessivo può essere messo in atto con **diverse modalità**:

- nelle attività giornaliere di routine (per esempio camminare eccessivamente, muoversi quando non c'è bisogno);
- nelle attività sportive (per esempio eccedere rispetto al piano di allenamento);
- in modo anomalo (per esempio esagerare il numero di ripetizioni di un esercizio specifico come gli addominali).

Accanto all'eccessivo allenamento possiamo avere anche dei **comportamenti compulsivi rispetto all'attività fisica**. Questi si caratterizzano per:

- sensazione di essere obbligati ad allenarsi;
- priorità dell'attività fisica rispetto a tutte le altre attività quotidiane;
- presenza di sensi di colpa e ansia se l'allenamento viene saltato o rimandato;
- l'esercizio fisico viene utilizzato con lo scopo di controllare il peso e la forma del corpo oppure per modulare le emozioni quando queste diventano intollerabili.

E' importante che allenatori, istruttori, insegnanti di educazione fisica, sensibilizzati alla problematica dei D.A. in generale, possano comprendere come comportarsi nei casi in cui si sospetti o si rilevi la presenza di un problema alimentare nell'atleta, alunno/a.

Di seguito **alcuni suggerimenti**:

- nei casi in cui si evidenzia esercizio fisico eccessivo fare presente, con delicatezza, che questo comportamento potrebbe risultare dannoso piuttosto che benefico;
- esplorare, senza essere invadenti, quanto allenamento "aggiuntivo" il ragazzo/la ragazza svolge in modo indipendente;
- sottolineare che non ci si deve sentire obbligati ad allenarsi, né sentirsi in colpa se l'allenamento viene saltato. Fare presente che è possibile che il nostro corpo abbia bisogno di riposo e che la nostra mente abbia necessità di trovare attività benefiche alternative allo sport;
- esprimere apertamente le preoccupazioni e parlarne nel modo più neutro possibile, senza rimproveri o pregiudizi;
- mostrarsi disponibili alla comunicazione e comprensivi della situazione facendo attenzione alle emozioni vissute dalla persona;

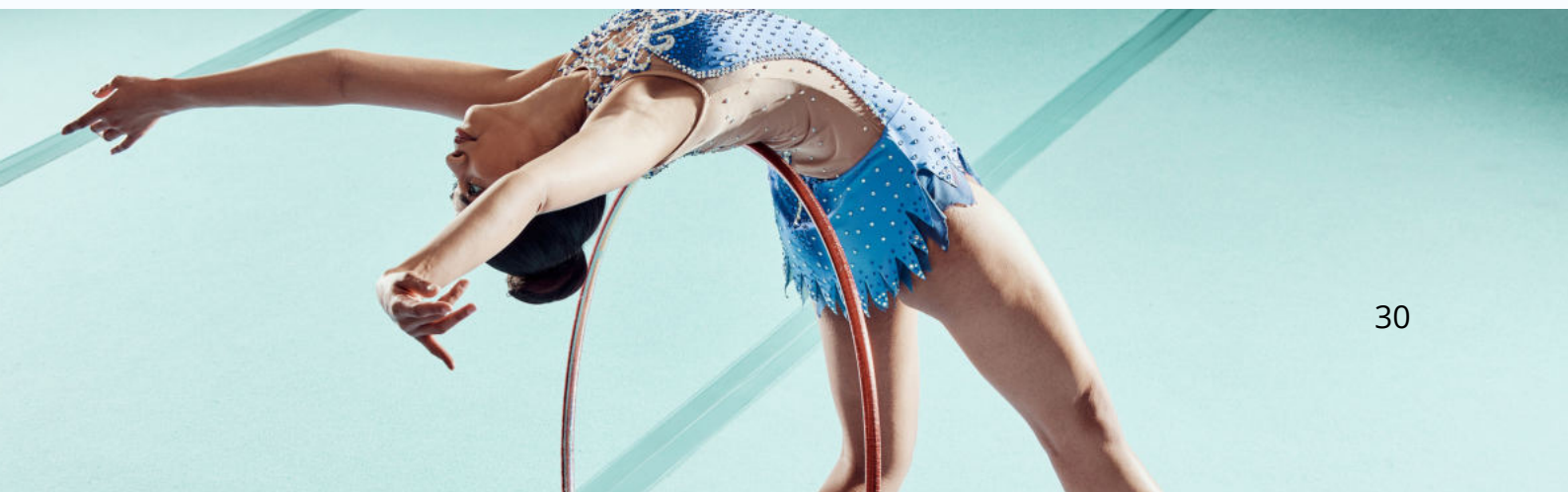


- parlare della problematica SOLO con l'atleta in questione ed evitare di parlarne con altri (es. componenti della squadra);
- porre attenzione ad atleti/e particolarmente ansiosi e perfezionisti: alcuni comportamenti alimentari inadeguati possono essere utilizzati per tenere sotto controllo l'ansia;
- affrontare l'ansia da prestazione e la paura del fallimento, poiché questi vissuti possono essere un primo segnale di malessere emotivo e psicologico globale;
- evitare di chiedere di cessare immediatamente comportamenti alimentari disfunzionali. E' poco efficace e può attivare atteggiamenti di negazione e ritardare l'ammissione del problema;
- costruire una relazione allenatore/atleta che vada oltre i soli risultati sportivi;
- evitare commenti sul peso degli atleti o far pesare un atleta davanti alla squadra/gruppo;
- mai fare commenti sull'aspetto e sul fisico anche se positivi;
- consentire l'allenamento purché non venga utilizzato come mezzo di controllo del peso e della forma del corpo;
- informare l'atleta che allenamento e competizione potrebbero interrompersi qualora ci fosse il dubbio sul suo stato di salute (dovuto alla magrezza o alla rapida perdita di peso o alla percezione di eccessiva attività fisica);
- invitare l'atleta ad esprimere le proprie preoccupazioni e fare presente che ci sono professionisti che potrebbero dare aiuto;

E' importante che l'allenatore non si senta colpevole nel caso in cui un/una suo/a allievo/a abbia manifestato comportamenti a rischio ma si riconosca il ruolo di facilitare la richiesta di aiuto. Nel casi di D.A. in trattamento, la collaborazione, ove possibile, con l'equipe multidisciplinare è utile per monitorare i comportamenti, le reazioni al trattamento, i progressi (o le difficoltà al cambiamento), le azioni di intervento al fine di garantire una migliore prognosi.

Per le **attività di prevenzione**, invece si raccomanda:

- avere il riferimento di un nutrizionista dello sport con competenze e conoscenze in ambito D.A. per identificare, tempestivamente, possibili indicatori di rischio e che non colluda con le richieste di perdita di peso immotivate/ingiustificate;
- utile l'inserimento di uno psicologo esperto in psicologia sportiva all'interno della società sportiva; tale figura professionale potrà garantire, attraverso incontri di psicoeducazione, aiuto e sostegno nell'affrontare la complessa gestione delle emozioni (ansia da prestazione, frustrazione per eventuali fallimenti, demotivazione) ma anche contribuire all'individuazione di fattori di rischio e alla prevenzione di comportamenti disfunzionali.





SOCIAL MEDIA ED IL RUOLO DELLA SCUOLA

Il lockdown ha lasciato segni visibili anche nel lungo termine. L'onda lunga del post Covid ha investito aspetti sociali, psicologici, lavorativi e scolastici. La popolazione preadolescente e adolescente è stata forse la più colpita. Abbiamo avuto una crescita esponenziale di D.A e parallelamente, abbiamo assistito ad un rapido sviluppo non solo di strumenti social (piattaforme e social network) ma anche all'utilizzo di questi mezzi come veri e propri luoghi di scambio e confronto. Nel periodo del lockdown il mondo "reale" ha chiuso le porte e quello dei social ha ampliato i suoi confini entrando, prepotentemente, nelle vite dei ragazzi e delle ragazze che in quei "luoghi" si conoscono, si incontrano e si formano come persone (social network).

Nasce, conseguentemente, una domanda spontanea: **quanto e in che modo il mondo dei social ha contribuito all'insorgenza di queste patologie anche attraverso la diffusione di una generale ossessione per l'estetica?**

Le nuove tecnologie, nel silenzio e solitudine delle stanze degli/delle adolescenti, offrono spazi di informazione e confronto su quanto è di loro interesse: il corpo, con le sue trasformazioni e come strumento per trovare un proprio posto nel mondo (Dalla Ragione L., Vanzetta R. 2023).

I social trasmettono modelli di perfezione in cui persone reali, attraverso filtri di "bellezza", diventano modelli irreali. Facile, in questo contesto, che chi si sente insicura/o e fragile possa cercare di raggiungere la perfezione dell'immagine negli spazi virtuali in cui fitness-influencer, food-blogger e personaggi più o meno improvvisati, diffondono informazioni su come mangiare e come allenarsi per ottenere quel corpo tanto desiderato per raggiungere la sicurezza. La modifica delle immagini è ormai un comportamento diffuso sulla rete non solo tra gli influencer.

Non si tratta solo di piccole modifiche ma di trasformazioni importanti di fotografie che ritraggono volti e corpi irriconoscibili "dal vivo" e non esistenti nel concreto. Per chi osserva, in modo non critico, questo "mondo immaginario" viene scambiato per "la realtà"; dal confronto se ne esce perdenti e con profonde ferite all'autostima.

Per approfondire l'articolo

#Thinspiration e #fitspiration:
il corpo e le pericolose
"ispirazioni" in rete e accrescere
la propria autostima".

Le informazioni o messaggi che hanno ad oggetto l'alimentazione e la forma fisica vengono trasmesse da adolescenti ad altri adolescenti attraverso narrazioni che non hanno alcun fondamento scientifico. Nel tentativo di risolvere un problema, nella gestione della sofferenza "in emergenza", ragazzi e ragazze trovano gli *esperti* su youtube, tiktok, instagram; questi esperti non sono adulti professionisti ma altri ragazzi e ragazze che offrono "strategie di risoluzione" disadattive/disfunzionali. Anche la semplice azione di postare cibo (foodstagrammer) può diventare un'arma pericolosa; non è raro, infatti, che le persone che soffrono di D.A. utilizzino le fotografie di quello che mangiano come un modo per controllare la propria alimentazione, per avere contezza delle quantità ingerite e, tali contenuti, se postati possono mettere a rischio i fruitori della rete vulnerabili a tali tematiche, spunti di suggerimento per chi ha una predisposizione a problemi di alimentazione.

Consapevoli dei rischi, alcune nazioni europee hanno proposto e approvato leggi a protezione della nefasta influenza di alcuni strumenti social. In Norvegia una legge ha obbligato ad aziende e influencer a segnalare chiaramente tutte le immagini pubblicitarie in cui il corpo di una persona è stato ritoccato per essere abbellito; il provvedimento, che modifica una legge esistente (Legge 9 gennaio 2009), stabilisce che le pubblicità che presentano foto "ritoccate" con filtri o sistemi per modificare forme, dimensioni del corpo, colore e grana della pelle, dovrà essere presente un avviso. Un modo per contrastare la cosiddetta kroppspress, "pressione riguardo al corpo" in cui la proposta di standard di bellezza non realistici diffusi dalla pubblicità contribuiscono alla bassa autostima tra i giovani (e non solo). Ugualmente in Francia, una normativa del 2017 (art. L. 2133-2 del Codice francese della sanità pubblica) obbliga alla dicitura "*photographie retouchée*" nel caso di utilizzo di fotografie, a fini commerciali, di modelli/e il cui aspetto fisico è stato alterato. In Israele, l'uso di photoshop per la modifica di un'immagine di un corpo dovrà essere segnalato con un avvertimento esplicito «della grandezza di almeno il 7% dell'immagine complessiva». Il non rispetto della legge potrà esporre al rischio di essere citato in tribunale da persone affette da anoressia, o dai loro familiari.

I social rappresentano un elemento di rischio anche per il cyberbullismo. Una legge italiana (Legge 71/2017) affida anche agli istituti scolastici il compito di coordinare iniziative per la prevenzione e il contrasto del fenomeno. Chi ne è vittima lo diventa, nella maggior parte dei casi, per il suo aspetto fisico. I suoi effetti sono amplificati quando l'umiliazione subita su gruppi whatsapp, pagine social e chat, è pubblicamente mostrata ad un'intera comunità. La sofferenza si trasforma in esperienza traumatica: un attacco all'autostima in cui il corpo colpito e ferito diventa l'oggetto da correggere e, in alcuni casi, si trasforma in una disfunzione del comportamento alimentare.



CYBERBULLISMO

Qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo

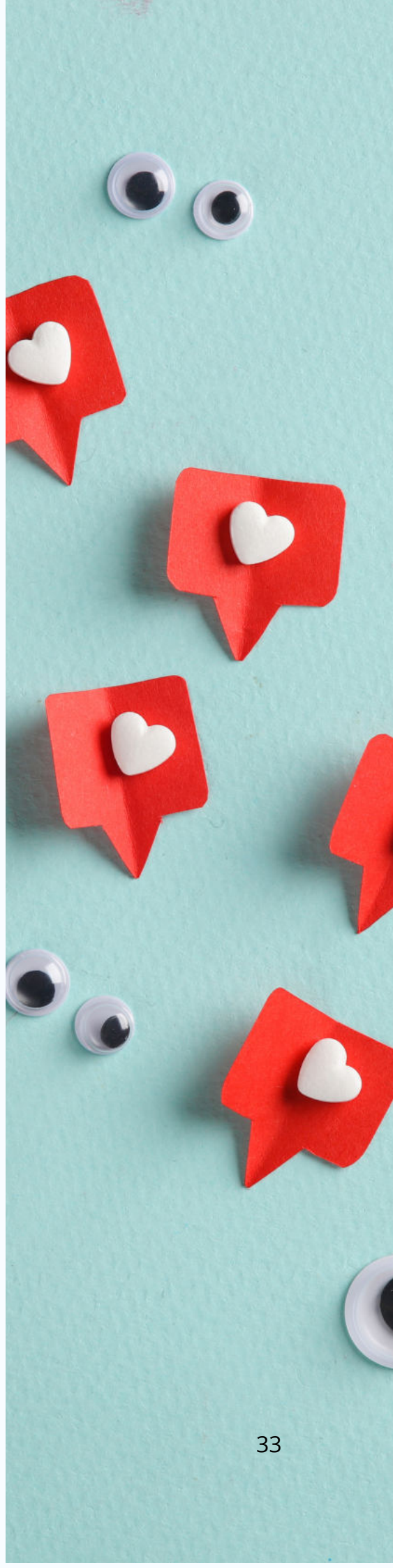
Come il *Modello Tripartito di Influenza* ci informa, la visione attuale del corpo ideale nelle società occidentali è sostenuta da tre principali fonti: pari, genitori e media, tra cui riviste, televisione, film e, più recentemente, i social media. Pertanto, **sebbene non siano causa di malattia, i social possono fare da cassa di risonanza** e, come se non adeguatamente sorvegliati, amplificare l'attenzione esagerata all'aspetto fisico (de Valle et al, 2021; Dalle Grave).

In questa cornice, se la scuola è, come pensiamo, il contesto educativo collettivo per eccellenza, alla scuola può essere affidato il compito di "educare al digitale", ai rischi della rete, alla protezione dalla manipolazione e dall'influenza esercitata dai social media e social network.

Se i comunicatori "nella rete" non sono responsabili devono diventarlo i fruitori. Anche se gli adolescenti sembrano muoversi con sicurezza nella tecnologia dal punto di vista "pratico", dal punto di vista psicologico non sono però consapevoli dell'influenza che ha sulle loro vite, sulla costruzione dell'autostima, sul malessere che può derivare da un utilizzo inconsapevole delle piattaforme e dei social network. Gli adulti non dovrebbero criticare un comportamento dei giovani senza capirlo e a loro spetta il compito di accompagnare le generazioni future nella gestione di un mondo "virtuale" in cui ciascuno è protagonista, ciascuno è generatore di contenuti.

Agli esperti, invece, spetta il compito di dare le **giuste informazioni per imparare a governare questi strumenti, per svelarne i trucchi, le manipolazioni.**

Gli insegnanti, gli operatori sportivi, dovranno tenere conto di questo mondo, del linguaggio dei giovani, dei loro strumenti per la promozione e messa in essere di programmi di prevenzione costruiti da professionisti psicologi competenti sul tema collaborando, ove possibile con lo/a psicologo/a scolastico.





PROPOSTE DI ATTIVITA' DI PREVENZIONE A SCUOLA

Le attività di prevenzione, nell'ambito di disturbi complessi come i D.A. devono prevedere non solo la riduzione dei fattori di rischio ma anche e soprattutto l'implementazione di fattori protettivi.

Il contributo che la scuola e le organizzazioni sportive, con l'aiuto di professionisti qualificati, possono fornire è a più livelli:



- 1 Organizzare per il personale attività di sensibilizzazione e aggiornamento sul tema;
- 2 Contrastare il mito della magrezza e della performance come ideali di bellezza;
- 3 Promuovere un'idea di benessere e comportamenti di salute che vadano al di là dell'aspetto esteriore;
- 4 Contrastare messaggi che fanno riferimento a schemi rigidi e universali (non parlare di calorie, BMI, cibi buoni/cibi cattivi, alimenti che fanno ingrassare/dimagrire). Ognuno ha la sua storia, ognuno ha i suoi parametri e riferimenti "elastici";
- 5 Promuovere attività di natura esplorativa-riflessiva sui temi dell'immagine corporea, dei messaggi che provengono dai media, sull'importanza della propria unicità;
- 6 Escludere interventi di natura psicoeducativa rivolta al gruppo classe. I giovani che soffrono di D.A. non si riconoscono nel disturbo e se lo fanno non si sentono a loro agio nell'essere spettatori di interventi che parlano delle loro difficoltà. Chi non li conosce potrebbe trarre spunti di emulazione dalle descrizioni dei sintomi;
- 7 Prevedere programmi di educazione all'utilizzo consapevole dei social media.

CONCLUSIONE

I D.A. sono patologie ad **eziologia multifattoriale** e il modo migliore per affrontare la problematica (in ambiente scolastico e sportivo) è un “lavoro di squadra”. Guarire è possibile ma, come per molte altre patologie, ricordiamo che vale il principio che **a un riconoscimento precoce del disturbo corrisponde una più alta probabilità di guarigione.**

Insegnanti, allenatori, psicologi nelle scuole, possono identificare i fattori di rischio nei luoghi dove gli adolescenti trascorrono le loro giornate. Avere personale scolastico e sportivo consapevole e addestrato su come e cosa fare, per aprire una finestra di dialogo con chi con chi presenta dei segnali di allarme o comportamenti a rischio, è il primo importante passo per accelerare la richiesta di un aiuto professionale e aumentare la possibilità di guarigione.

Come abbiamo premesso in questa guida, sebbene non sia facile semplificare la complessità, speriamo di aver dato un contributo per “aiutare ad aiutare” tutti quei ragazzi e ragazze la cui voce rimane muta e troppo spesso inascoltata, non compresa o, addirittura, considerata un capriccio. L’obiettivo finale è quello di poter creare una rete sempre più capillare che possa fungere da contenitore protettivo non solo per chi è portatore del disagio ma anche per la famiglia che, spesso, è disorientata, disinformata, sola.

Genitori e familiari, infatti, sono attori indispensabili nel processo di prevenzione e/o guarigione e la percezione di un contesto di supporto valido può contribuire ad un’evoluzione positiva della problematica.

RINGRAZIAMENTI

F.A.R.O. è un progetto supportato da diversi attori che hanno arricchito questa rete con professionalità ed impegno. E’ doveroso, quindi, ringraziare chi ha risposto alla nostra interlocuzione e ci ha voluto offrire il suo contributo nella realizzazione dell’opuscolo. In particolare:

- l’Associazione Donna Donna onlus con la sua presidente Nadia Accetti;
- il prof. Umberto Nizzoli, past president SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare) e oggi Presidente AED (Academy for Eating Disorder europa) che ha portato l’esperienza della comunità scientifica;
- Fabio Borselli, Presidente del Comitato Nazionale Tecnici della Federazione Italiana Baseball e Softball;
- Cristina Costarelli e Mario Rusconi dell’ANP (Associazione nazionale dirigenti pubblici e alte professionalità della scuola);
- la Rete degli Operatori della Scuola e dello Sport che, con generosità, si è messa a disposizione nel confronto interdisciplinare e nella rilevazione dei bisogni nel proprio contesto professionale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Abbott, B. D., & Barber, B. L. (2011). Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise*, 12, 333–342

Austin, A., Flynn, M., Richards, K. L., Hodsoll, J., Duarte, T. A., Robinson, P., Kelly, J., & Schmidt, U. (2020). Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 329– 345.

Boen F, Van Hoyer K, Vanden Auweele Y, Feys J, Smits T (2008), Open feedback in gymnastic judging causes conformity bias based on informational influencing, in *J Sport Sciences* 26(6); pp. 621-628.

Dalla Ragione L., Vicini M., De Santis C, Ferri S., eds. (2021) *I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta*. Roma. Ministero della Salute

Dalla Ragione L., Vanzetta R. (2023) "Social Fame Adolescenza, Social media e disturbi alimentari" Il Pensiero scientifico Editore.

De Valle MK, Gallego-García M, Williamson P, Wade TD. Social media, body image, and the question of causation: Meta-analyses of experimental and longitudinal evidence. *Body Image*. 2021 Dec;39:276-292. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.10.001. Epub 2021 Oct 22. PMID: 34695681.

Devrim A, Bilgic P, Hongu N. Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *Am J Mens Health*. 2018 Sep;12(5):1746-1758. doi: 10.1177/1557988318786868. Epub 2018 Jul 13. PMID: 30003837; PMCID: PMC6142149.

Diehl K, Thiel A, Zipfel S, Mayer J, Litaker DG, Schneider S(2012) How healthy is the behavior of young athletes? A systematic literature review and meta-analyses. *J Sports Sci Med*11(2):201–220

Eichstadt M, Luzier J, Cho D, Weisenmuller C. Eating Disorders in Male Athletes. *Sports Health*. 2020 Jul/Aug;12(4):327-333. doi: 10.1177/1941738120928991. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32525767; PMCID: PMC7787561.

Flynn M, Austin A, Lang K, Allen K, Bassi R, Brady G, Brown A, Connan F, Franklin-Smith M, Glennon D, Grant N, Jones WR, Kali K, Koskina A, Mahony K, Mountford V, Nunes N, Schelhase M, Serpell L, Schmidt U. Assessing the impact of First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders on duration of untreated eating disorder: A multi-centre quasi-experimental study. *Eur Eat Disord Rev*. 2021 May;29(3):458-471. doi: 10.1002/erv.2797. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33112472.

Garner DM, Rosen LW (1991), Eating disorders among athletes: Research and Recommendations, in *J Appl Sport Sci Research*, 2 (5), pp. 100-107

Gatti, E., Confalonieri, E. (2012). Praticare ginnastica artistica in adolescenza: fattore di rischio o di protezione per l'immagine corporea? *Il Giornale Italiano di Psicologia dello Sport - ilGIPS*, 15, p.13-20.

Gould, D. and Weinberg, R., 2019. *Foundations of sport and exercise psychology*. 7th ed. Champaign, IL: Human Kinetics.

Hildebrandt, T. B. (2005). A review of eating disorders in athletes: Recommendations for secondary school prevention and intervention programs. *Journal of Applied School Psychology*, 21, 1145–167.

LEGGI 29 maggio 2017, n. 71. Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo.

Lombardo, C., Lucidi, F., Devoto, A., Russo, P. M., Tavella, S., Pirritano, M., Violani, C. (2002). Pratica sportiva e fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione. *Movimento*, 14, 5-6.

Malina RM, Bouchard C, Bar-or O (2004), Growth, maturation and physical activity; 2nd edition, Champaign, IL: Human kinetics.

Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A. K., Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, 44 (1), 70–76.

Milano W, Milano L, Capasso A. Eating Disorders in Athletes: From Risk Management to Therapy. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2020;20(1):2-14. doi: 10.2174/1871530319666190418121446. PMID: 31684854.

Noll, M., De Mendonça, C. R., De Souza Rosa, L. P., & Silveira, E. A. (2017). Determinants of eating patterns and nutrient intake among adolescent athletes: A systematic review. *Nutrition Journal*, 16(1), 1–11.

Sansfaçon J, Gauvin L, Fletcher É, Cottier D, Rossi E, Kahan E, Israël M, Steiger H. Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *Int J Eat Disord*. 2018 Oct;51(10):1194-1200. doi: 10.1002/eat.22901. Epub 2018 Sep 1. PMID: 30171769.

Smolak L., Murnen S.K., Ruble A.E.: Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord*. 2000; 27 (4): 27: 371–380.

Steiger H, Sansfaçon J, Thaler L, Leonard N, Cottier D, Kahan E, Fletcher E, Rossi E, Israel M, Gauvin L. Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2017 Sep;50(9):1058-1066. doi: 10.1002/eat.22734. Epub 2017 Jun 14. PMID: 28842966.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1073.

Sundgot-Borgen J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int. J. Sport Nutr*. 3: 29–40.

Sundgot-Borgen, J. (2002). Weight and eating disorders in elite athletes. *Scandinavian Journal of Science & Medicine in Sport*, 12(5), 259-260.

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2003). The female athlete triad-the role of nutrition. *Schweizerische Zeitschrift für Sport und Sport*, 51(1), 47-52

Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high intensity sports. *Scandinavian Journal of Science & Medicine in Sports*, 20(2), 112-121

Wilmore JH (1991), Eating and weight disorders in female athletes, in *Int.J.Sport Nutr*, 1; pp.104-117.

<https://www.dallegrave.it/esercizio-fisico-eccessivo-e-compulsivo-nei-disturbi-dell'alimentazione/>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2022/11/14/chi-segue-le-giovani-ginnaste-deve-essere-formato-apposta-così-nasce-il-nostro-progetto/>

<https://www.psy.it/aree-tematiche/protocollo-scuola/>

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=112019

<https://piattaformadisturbialimentari.iss.it/>

<https://www.aidap.org/2023/social-media-immagine-corporea-e-disordini-alimentari/>

APPENDICE

I CENTRI DEL LAZIO PER L'ACCOGLIENZA, LA VALUTAZIONE E LA PRESA IN CARICO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Il panorama dei servizi per i disturbi alimentari risulta limitato rispetto alla domanda di aiuto, soprattutto per i giovani.

Secondo l'ultimo censimento del Centro nazionale dipendenze e doping dell'Istituto Superiore di Sanità al 28 febbraio 2023, ci sono 126 strutture in tutto il paese, di cui 112 pubbliche e 14 private accreditate. La maggior parte si trova nel Nord, con solo il 48% dei centri che dichiara di prendere in carico i minori fino a 14 anni.

Molti territori, comprese regioni come il Lazio, presentano carenze di centri ambulatoriali e strutture residenziali, con liste d'attesa lunghe. Un trattamento efficace richiede almeno due anni di terapia, con coinvolgimento psicologico e supporto familiare, ma diverse regioni, anche nel Sud, affrontano notevoli difficoltà nell'offrire una rete completa di assistenza. Con l'intento di orientare e facilitare l'accesso ai Servizi dedicati, L'Ordine degli Psicologi del Lazio si è fatto promotore di una mappatura dei Servizi pubblici sul territorio regionale di seguito elencati (ultimo aggiornamento dicembre 2023). Per ogni struttura, oltre ai contatti, è presente il nominativo del Responsabile di riferimento nonché la fascia d'età di accesso dell'Utenza.

RM1 - UOS DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (SANTA MARIA DELLA PIETA')

Responsabile: Dott. Armando Cotugno

Recapiti: uosd.dca@aslroma1.it

Sedi:

1. Polo Ovest - S. Maria della Pietà

Indirizzo: Piazza Santa Maria della Pietà, 5 Pad. 14 - 00135 Roma

- Ambulatorio: Tel. 06 6835.6808/6949

Orario apertura: Lunedì-Venerdì, ore 8,00-20,00

Sabato - ore 8,00-15,00

- Residenza Riabilitativa Psico-Nutrizionale (h24): Tel 06 6835.6822

Referente: Dott. Domenico Accorrà

2. Polo Est - Sabrata

Referente: Dott.ssa Barbara Cozzani

Indirizzo: via Sabrata 12 - 00198 Roma

a. Ambulatorio: Tel. 06.7730.5936

Orario apertura: Lunedì-Venerdì, ore 8,00-20,00

Sabato - ore 8,00-15,00

b. Centro Diurno (h 12): Tel. 06.7730.5927

Orario apertura: Lunedì-Giovedì, ore 12,00-20,00

Venerdì - ore 12,00-15,00

Età utenza: dai 12 anni all'età adulta

RM2 – UOSD DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (CTO)

Responsabile: Dott.ssa Mara Indrimi
Recapiti: Via S. Nemesio 21, 00145 Roma
0651005512
uosd.dca@aslroma2.it

Età utenza: dai 16 anni

RM3 – “La Casa di Alice” Ambulatorio specialistico di II livello per i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione

Responsabile: Dott.ssa Stefania Borghi (adulti), Dott. Giampaolo Imparato (minori)
Recapiti: Via Colautti, 30 00152 Roma
0656486461 (adulti) 0656486140 (minori)
casodialice@aslroma3.it

Età utenza: dai 10 ai 45 anni

RM4 – Polo Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA)

Responsabile: Dott.ssa Patrizia Angeletti
Recapiti: Via Valdambriani 115 00058 Santa Marinella (RM)
3336691335 dal lunedì al giovedì dalle ore 14.30 alle ore 16.30
ambulatorio.dna@aslroma4.it

Età utenza: dai 10 ai 45 anni

RM5 – UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare

Responsabile: Dott.ssa Maria Chiara Meroni
Recapiti: P.zza Salvo D’Acquisto – 00018 Palombara Sabina (RM)
Tel/Fax: 0774 634 458
uosd.dca@aslroma5.it

Età utenza: dai 18 anni (per utenti di età inferiore ai 18 anni è necessario effettuare una prima visita presso il TSMREE del proprio distretto di residenza)

RM 6 – UOC SPDC - AMBULATORIO DISTURBI ALIMENTARI (Nuovo Ospedale dei Castelli)

Responsabile: Dott.ssa Lucia Sabella
Recapiti: Via Nettunense km 11,5 00072 Ariccia (RM)
06 9327 8411 (adulti) 06.9327.8411 (minori)
Disturbi.alimentari@aslroma6.it (adulti)
tsmree.ariccia@aslroma6.it (minori)
Età utenza: minori e adulti

ASL RIETI – AMBULATORIO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL’ALIMENTAZIONE

Responsabile: Dott.ssa Ramona Bonifazi
Recapiti: piazza Vittorio Emanuele II 17/D 02100 Rieti
0746-279288
ambulatoriodca@asl.rieti.it

Età utenza: dai 10 ai 60 anni



ASL FROSINONE - UOSD DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Responsabile: Dott.ssa Franca Marzella
Recapiti: Viale Mazzini, snc 03100 Frosinone
0775 2072588
dca.fr@aslfrosinone.it

Età utenza: dai 18 anni

ASL FROSINONE - UOSD DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Responsabile: Dott.ssa Franca Marzella
Recapiti: Viale Mazzini, snc 03100 Frosinone
0775 2072588
dca.fr@aslfrosinone.it

Età utenza: dai 18 anni

OSPEDALE BAMBINO GESU' - UOS ANORESSIA NERVOSA E DISTURBI ALIMENTARI

Responsabile: Dott.ssa Valeria Zanna
Recapiti: Viale Baldelli, 41 00146 Roma
06 6859 2734/2735/2039 lunedì- venerdì 9.00 - 16.00
anoressia.disturbialimentari@opbg.net

Età utenza: dai 3 ai 18 anni

OSPEDALE SANT'ANDREA - Servizio Multidisciplinare Integrato per la Diagnosi e il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare adulti e adolescenti

Responsabile: Dott.ssa Francesca D'Ecclesia
Recapiti: Via di Grottarossa, 1035 00189 Roma
06.3377.5280/5978
francesca.decclesia@ospedalesantandrea.it

Età utenza: dai 18 anni

POLICLINICO UMBERTO I - PSICHIATRIA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Responsabile: Prof. Massimo Pasquini
Recapiti: viale dell'Università 30 00185 Roma
0649914709, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00
Fax: 0649914808
Tel. Stanza Medici: 0649978795
Responsabile Amministrativo Raffaella Calvaruso raffaella.calvaruso@uniroma1.it

Età utenza: dai 16 anni all'età adulta

TOR VERGATA - Servizio Nutrizione Clinica e Disturbi dell'alimentazione

Responsabile: Dott. Lorenzo Romano
Recapiti: Viale Oxford 81, 00133 Roma
06-20902785
nutrizioneclinciaserv@ptvonline.it

Età utenza: dai 18 anni all'età adulta

TOR VERGATA - U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile

Responsabile: Dott. Luigi Mazzone
Recapiti: Viale Oxford 81, 00133 Roma
06.2090.0249 dalle 13.00 alle 14.30
dca.infantile@ptvonline.it

Età utenza: dalla nascita ai 18 anni

Una mappa dei servizi e delle associazioni specificamente dedicati al trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare è consultabile al sito www.disturbialimentarionline.it.

La sezione "Cerca una struttura" permette la consultazione di tutte le informazioni disponibili (informazioni relative alla localizzazione - ente di appartenenza, indirizzo, recapiti telefonici e di posta elettronica - alle caratteristiche organizzative, agli orari di apertura, ai livelli di trattamento disponibili e alle prestazioni erogate).

Per approfondimenti sui servizi territoriali della regione Lazio sono disponibili webinar ai seguenti link <https://ordinepsicologilazio.it/post/disturbi-alimentari-lazio>

Vinciamo insieme

con il Patrocinio del
Consiglio regionale del Lazio



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO

i Disturbi Alimentari

Per vivere in armonia il rapporto con cibo, corpo, emozioni

**Anoressia, Bulimia, Binge Eating, Obesità e non solo :MALATTIE SUBDOLE E PERICOLOSE
SPESSO ESPRESSIONE DI DEPRESSIONE Anche le persone normopeso possono soffrirne.**

GUARIRE È POSSIBILE:CHIEDI AIUTO

Liberiamoci da paura e vergogna del giudizio. Intervenire ai primi segnali è vitale.

IL TUO MEDICO E LA FAMIGLIA SONO INDISPENSABILI

CONSULTA IL SITO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

troverai la mappatura nazionale dei servizi, informazioni e documenti ufficiali

www.salute.gov.it

www.piattaformadisturbialimentari.iss.it

**scarica opuscolo : CONOSCERE, AFFRONTARE, VINCERE
I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE**



A cura di



Collaborazione con



Reti europea delle donne

