



Università  
degli Studi  
di Ferrara



A cura dell'associazione  
**KAIROS**  
Il tempo dei Cambia-Menti

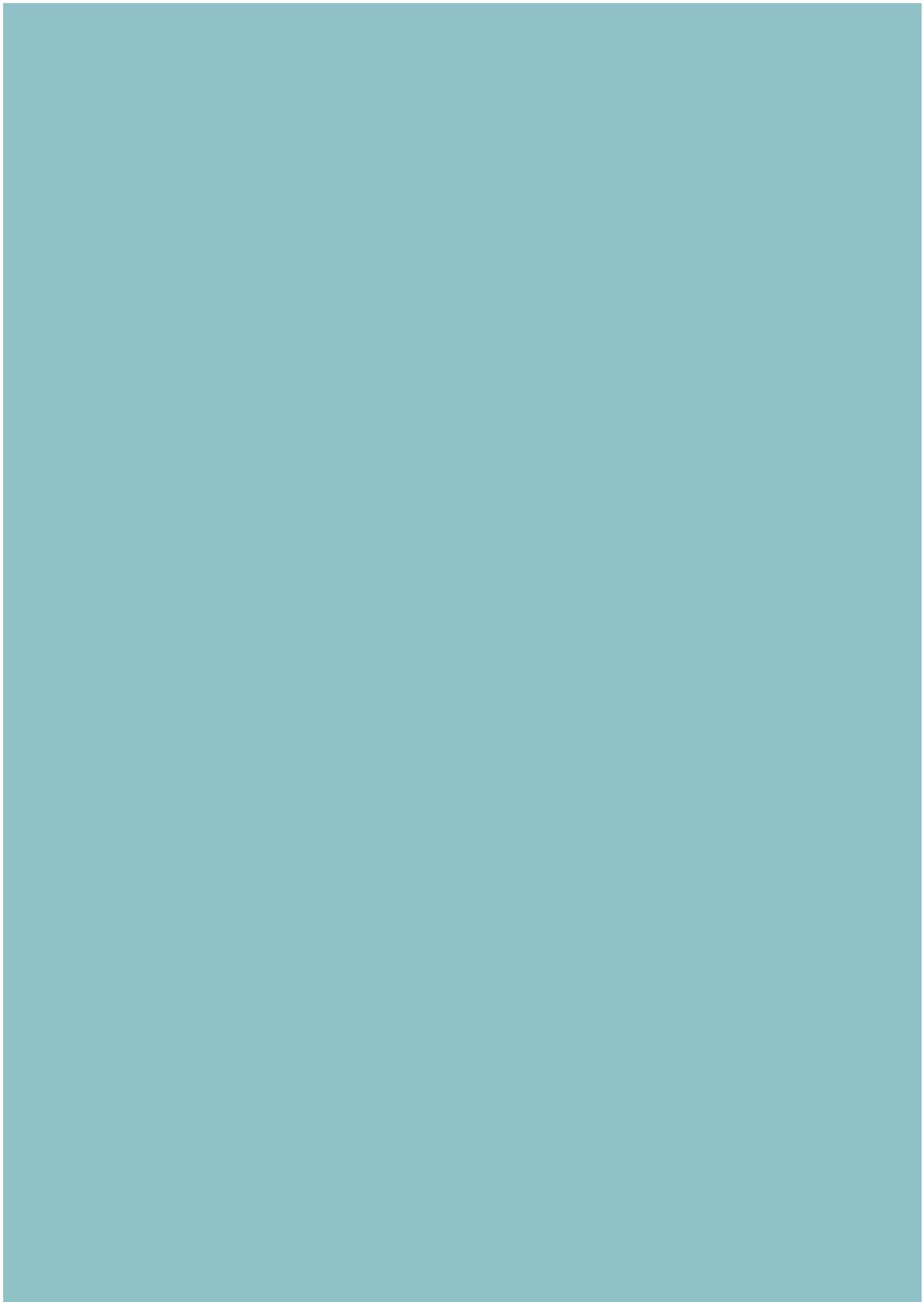
Consigli e indicazioni per Insegnanti  
ed Educatori sui disturbi del  
comportamento alimentare



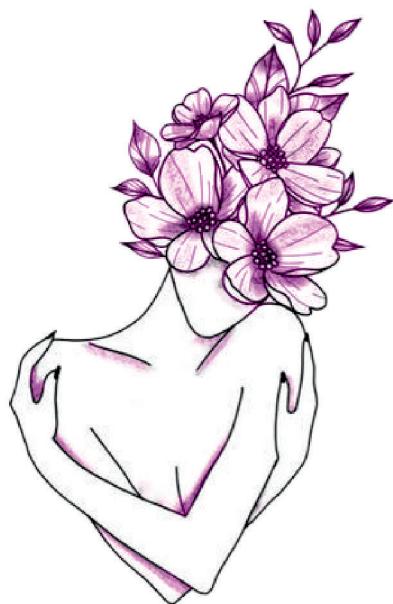
DCA  
dillo  
con  
amore

Disegno  
dell'artista  
Cavallari  
Danya





*Ho detto al mio corpo, con amore:  
Voglio essere tuo amico.  
Ha preso un lungo respiro e ha risposto:  
Ho aspettato tutta la vita per questo*  
*Anonimo*





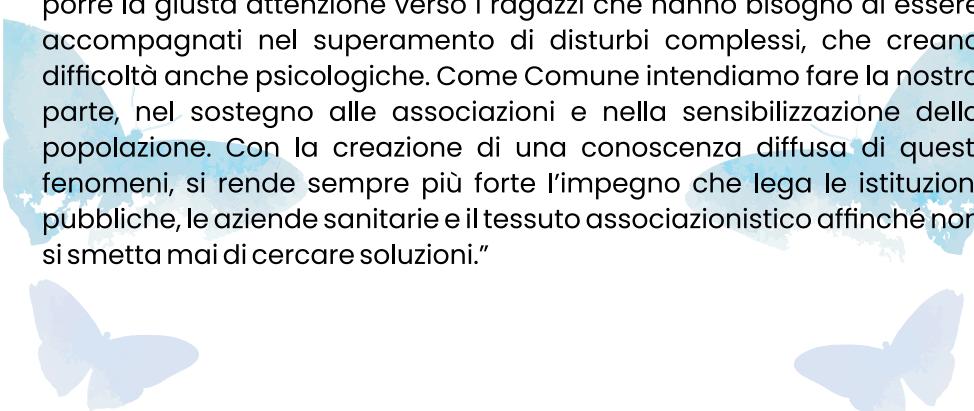
COMUNE DI FERRARA  
Città Patrimonio dell'Umanità



## LE PAROLE DELL'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIOSANITARIE

**DOTT.SSA CRISTINA COLETTI**

“I Disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono una piaga diffusa e sempre più precoce, circostanza che rende necessario un approccio delicato sul tema. L’Assessorato alle Politiche Sociali ha creduto da subito nel progetto “DCA - Dillo con Amore”, per il quale all’Associazione Kairos è stato riconosciuto, oltre al patrocinio, un contributo economico. Il coinvolgimento delle scuole è il fiore all’occhiello di questa progettualità. Per il compito educativo che ricoprono, è importante che gli insegnanti vigilino in maniera consapevole sulla salute dei loro studenti, e su queste pagine si possono ricavare indicazioni utili su come porre la giusta attenzione verso i ragazzi che hanno bisogno di essere accompagnati nel superamento di disturbi complessi, che creano difficoltà anche psicologiche. Come Comune intendiamo fare la nostra parte, nel sostegno alle associazioni e nella sensibilizzazione della popolazione. Con la creazione di una conoscenza diffusa di questi fenomeni, si rende sempre più forte l’impegno che lega le istituzioni pubbliche, le aziende sanitarie e il tessuto associazionistico affinché non si smetta mai di cercare soluzioni.”





## DCA DILLO CON AMORE

### Indicazioni di consiglio per i Professionisti della scuola

Con il Patrocinio e il contributo del Comune di Ferrara, Assessorato alle Politiche sociosanitarie

Un lavoro d'equipe a cura di:

**Dott.ssa Elisabetta Zerbini**, Presidente Associazione Kairos il tempo dei Cambia-menti, Ferrara

si ringrazia per il prezioso supporto:

**Prof. Stefano Caracciolo e gent.e Staff**, Responsabile Centro Interaziendale per i disturbi del comportamento alimentare, AUSL Ferrara e la **Dott.ssa Barbara Tecchiati**

**Dott.ssa Franca Emanuelli**, Responsabile Unità operativa Infanzia e Adolescenza, AUSL Ferrara

**Dott. Alberto Urro**, Supervisore del progetto Punto di Vista Promeco, Comune di Ferrara

**Dott.ssa Marina Messori**, Psicologa presso Società Cooperativa Infermieri Ferrara Psicologia Clinica, conduttrice dei gruppi di supporto Caregiver presso l'Associazione Kairos



## DCA DILLO CON AMORE

### Perché “dillo con amore”?

Abbiamo scelto di ridefinire questa sigla che incute timore e soggezione, perché crediamo al potere delle parole, e preferiamo spostare l’attenzione dalla patologia alle risorse e potenzialità che possiamo mettere in campo per affrontarla. Crediamo che ogni persona, attraverso un sintomo, stia esprimendo una sua unicità e il Professionista che opera nel contesto educativo e scolastico, in allineamento di intenti con il Clinico, può dare voce a questa unicità, ascoltare, comprendere, dare spazio, cogliere quei segnali che, correttamente intercettati, possono fare davvero la differenza nel percorso di riequilibrio del giovane paziente. Ecco che allora possiamo “raccontare” questo disturbo in modo diverso, avvicinarci ad esso con un approccio empatico, inclusivo, amorevole e competente, promuovendo una presa in carico a 360 gradi della persona e favorendone il recupero.



## PROLOGO

Questo documento si configura come una prima bussola orientativa per i Professionisti della Scuola, che rappresenta un setting chiave dove essi possono svolgere un ruolo determinante nell'intercettare i primi segnali di disagio e mettere in campo le strategie adeguate, in collaborazione con le famiglie e il personale clinico. Lungi dal voler essere esaustivo sull'argomento, in continua evoluzione, rappresenta un primo interfaccia di semplice consultazione, basato su un approccio multidisciplinare e sui più aggiornati studi relativi alle tematiche di prevenzione e trattamento dei disturbi di comportamento alimentare. Il periodo pandemico, caratterizzato da restrizioni, didattica a distanza e isolamento sociale per i ragazzi, ha esasperato un quadro di incidenza già severo, aumentando la sofferenza psicologica e favorendo l'insorgenza sempre più precoce della problematica. Per questo una rilevazione tempestiva può cambiare per sempre il destino e la qualità di vita di un giovane paziente. Una grande sfida che è possibile e doveroso raccogliere tutti insieme.





## CAPITOLO 1: COSA SONO I DCA

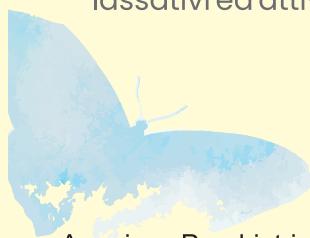
I disturbi del comportamento alimentare sono patologie di grande complessità e rappresentano la terza categoria di patologie croniche più comuni in età adolescenziale. Secondo il DSM5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, essi vengono definiti come: un persistente disturbo dell'alimentazione, oppure comportamenti inerenti l'alimentazione aventi come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo, e che compromettono significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale. Nella precedente versione del DSM erano specificate solo due forme principali di disturbi alimentari: anoressia nervosa e bulimia nervosa. Nella nuova versione DSM5 i criteri sono divenuti meno restrittivi e sono state identificate sei categorie diagnostiche principali:

- 1. Pica** (*condotta persistente di ingestione di materiale non alimentare*)
  - 2. Disturbo di ruminazione o mericismo** (*rumination disorder*)
  - 3. Disturbo alimentare evitante/restrittivo**
  - 4. Anoressia nervosa**
  - 5. Bulimia nervosa**
  - 6. Disturbo di alimentazione incontrollata** (*Binge eating disorder*)
- 1.** Si manifesta con l'ingestione continuativa per almeno un mese di sostanze considerate non alimentari, come ghiaccio, terra, feci, sapone, capelli, etc. Il comportamento può essere legato a insufficienze mentali o disturbi psicotici cronici, così come ad anoressia e bulimia.
  - 2.** Abitudine consolidata da almeno un mese di rigurgitare il cibo deglutito per poi masticarlo e nuovamente degluttirlo. È frequente nei bambini con disabilità intellettiva e ricorre anche nei disturbi psicotici.
  - 3.** Questo disturbo consiste nell'evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo, dovuta a disinteresse verso l'atto del nutrirsi, avversione verso le caratteristiche sensoriali del cibo, incapacità di garantirsi il corretto apporto nutrizionale. Ne derivano perdita di peso, deficit nutrizionale e necessità di integrazione aggiuntiva a compensazione, compromissione del funzionamento a livello sociale. Non è direttamente legato, come nell'Anoressia, alla preoccupazione per il peso o la forma del proprio corpo.

<sup>1</sup>Herpetz-Dahlmann, 2015



4. Restrizione progressiva nell'assunzione di cibo, che conduce a un peso corporeo significativamente più basso rispetto ai parametri di crescita dell'individuo. Intensa paura e angoscia dell'incremento di peso. Dispercezione del peso e del proprio schema corporeo. Può essere caratterizzata da restrizioni, dove la perdita di peso è ottenuta attraverso la dieta, il digiuno o l'intenso esercizio fisico, o condotte di eliminazione, come vomito autoindotto, lassativi, enteroclismi, diuretici.
5. Ricorrenti episodi di abbuffata, che consistono nell'assunzione in un lasso di tempo limitato, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che introdurrebbe un individuo normale. Sensazione di perdita di controllo durante l'episodio di abbuffata. Vengono messe in atto condotte compensatorie per scongiurare l'aumento di peso, come vomito autoindotto, lassativi, diuretici, esercizio fisico eccessivo<sup>2</sup>.
6. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive, ingestione di elevate quantità di cibo in un periodo di tempo circoscritto, grande rapidità nell'assunzione, incapacità di controllo, messa in atto della condotta fino all'estrema pienezza. A seguire, dopo l'episodio, i sentimenti prevalenti sono di disgusto, depressione, senso di colpa. In questo caso gli episodi non sono associati a condotte compensatorie, come digiuno, lassativi ed attività fisica.



<sup>2</sup>American Psychiatric Association ( 2013) *Diagnostic and 2 Statistic Manual of Mental disorders*, Fifth Edition, Washington D.C.: APA trad. it





## CAPITOLO 2: I CAMPANELLI D'ALLARME

I disturbi alimentari comportano profondi cambiamenti nell'assetto psicofisico di chi ne è affetto, modificazioni che toccano l'interezza della persona, la sfera sia fisica che emozionale. La distorsione dell'immagine corporea, e i comportamenti patologici di perseguitamento della magrezza divengono sempre più ossessivi e autodistruttivi, e si accompagnano spesso a co-morbilità come ansia, depressione e tentativi suicidari. Quali sono i campanelli d'allarme, gli alert comportamentali che, se rilevati, necessitano di un approfondimento ed eventualmente di un confronto con personale clinico?

### I cambiamenti fisici:

- variazioni di peso repentine e significative
- Sintomi di stanchezza protratti, capillari rotti, occhiaie, vertigini, perdite di coscienza, calli sulle nocche, erosione della faccia interna della superficie dei denti, perimolisi, (generati dall'induzione del vomito)
- Stato di secchezza e disidratazione rilevabile dai capelli, dalla pelle, arti inferiori e superiori con difficoltà circolatorie
- Edema alle caviglie, in regione pretibiale e periorbitale
- Debolezza dei muscoli prossimali  
(difficoltà di alzarsi da una posizione accosciata)
- Lanugo, una sottile peluria non pigmentata che si manifesta in seguito alla malnutrizione<sup>3</sup>

<sup>3</sup>Dalle Grave R. ( 2015), La terapia cognitivo comportamentale Multistep per i disturbi dell'alimentazione: teoria trattamento e casi clinici

## I cambiamenti emotivi e comportamentali

- Manifestazione di disagio, eccesso di riservatezza o rifiuto nel condividere il momento del pasto, rifiuto di assumere alimenti di cui non si conosce l'esatta composizione o il computo calorico
- Fingere di assumere cibo per poi disfarsene, allontanamenti frequenti, pasti saltati
- Pensieri rigidi e ossessivi sul cibo, pensiero dicotomico esasperato (questo cibo è buono, questo cattivo...)
- Isolamento, rifiuto progressivo di ogni occasione di aggregazione
- Stati manifesti di tristezza, depressione, ansia, vergogna
- Manifestazioni di angoscia, ossessione verso la propria forma corporea, percezione dichiarata di essere in sovrappeso nonostante la magrezza evidente, tendenza a non voler mangiare alla mensa scolastica o con gli amici.
- Rifiuto di qualsiasi elogio o complimento, estrema rigidità, esternazione di disgusto verso il proprio corpo, impermeabilità a qualsiasi rassicurazione positiva su di esso
- Perfezionismo e ossessione per i risultati, perseguiti in modo autodistruttivo e associati alla perdita di interesse verso il mondo circostante e i coetanei
- Rifiuto totale di chiedere aiuto, dichiarazione di piena autonomia, non accettazione di qualsiasi input che possa portare consapevolezza sulla problematica
- Pratica di esercizio fisico protratto nel tempo, in modo ossessivo (se salta per qualche motivo possono insorgere episodi di forte rabbia e scompenso emotivo)
- Abbigliamento con abiti molto ampi per nascondere le forme, rituali compulsivi come il continuo lavaggio delle mani, movimenti ripetitivi, incapacità di mantenere a lungo una postura di quiete. Ci teniamo a sottolineare che la presenza di uno o più di questi sintomi non è da ricondurre obbligatoriamente a un disturbo di comportamento alimentare, ma sicuramente abbiamo citato gli indicatori che possono essere più frequenti o rilevabili anche per il personale scolastico, e attivare un monitoraggio più attento, ai fini di una diagnosi e una presa in carico tempestiva, che sappiamo essere decisiva ai fini della risoluzione.



## CAPITOLO 3: I DATI EPIDEMIOLOGICI E LE RISORSE SUL TERRITORIO

I disturbi della nutrizione, in particolare anoressia, bulimia nervosa e Binge eating, rappresentano un problema di sanità pubblica ad elevata criticità, per l'esordio sempre più precoce e la complessità a livello eziologico, dove si intrecciano fattori biologici, psichici, socioculturali e familiari<sup>4</sup>. I dati raccolti nell'ambito di una Survey epidemiologica finanziata dal Ministero della Salute evidenzia un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019 e un abbassamento dell'età di esordio, (il 30% dei soggetti ammalati è sotto i 14 anni) e un aumento dell'incidenza nella popolazione maschile (il 10% nella fascia tra i 12 e i 17 anni). Una diagnosi e un intervento precoce, sono fondamentali per scongiurare il rischio di complicanze organiche legate a queste patologie, a carico di tutti gli apparati, cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, osseo, del sistema nervoso centrale. Nei casi di anoressia, il tasso di mortalità è più elevato di qualsiasi altro disturbo mentale inclusa la depressione maggiore. Un quinto delle morti di pazienti anoressiche è dovuta al suicidio.

Al pari di una diagnosi precoce, risulta altrettanto decisiva una presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare, per favorire una buona integrazione e comunicazione tra le figure cliniche coinvolte. Purtroppo, ad oggi permangono le difficoltà di accesso alle cure in diverse regioni italiane, con gravi conseguenze per il decorso successivo. Purtroppo, ad oggi permangono le difficoltà di accesso alle cure in diverse regioni italiane, con gravi conseguenze per il decorso successivo. Purtroppo la situazione pandemica ha aggravato la situazione, con un'aumentata incidenza di casi del 15,3% nel 2020 rispetto agli anni precedenti<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) Ministero della Salute

<sup>5</sup> Taquet, Geddes, Luciano, & Harrison, 2021)

## CAPITOLO 4: PERCHÉ LO FAI?

**C**ome spiegare i comportamenti messi in atto da una persona affetta da disturbi del comportamento alimentare? Perché sottoporsi nell'anoressia a un regime così drammaticamente restrittivo da mettere a repentaglio la sopravvivenza? Sono le domande che ogni genitore, caregiver, insegnante si pone, e che per ottenere una risposta richiedono la capacità di entrare nei codici della malattia, nei pattern cognitivi che la caratterizzano, perché le condotte restrittive sono regolate da scopi. Questi scopi vengono perseguiti in modo caparbio e senza possibilità di deroghe, divenendo il motore che regola pressoché ogni azione di vita della persona. La paziente anoressica giudica il proprio valore personale in termini di peso, forma del corpo e controllo esercitato sul cibo. Lo scopo definito "in negativo" di NON essere grasso/a, implica che ad ogni livello di peso raggiunto, si perseguita un nuovo obiettivo al ribasso, percependo il senso di "potenza" ed efficacia del risultato conseguito. Ogni piccolo cedimento comporterà un senso di colpa, la sensazione di essere impuri e disgustosi, la necessità di meccanismi di compensazione o di punizioni autoinflitte ("non esco più con le amiche, quel pezzetto di torta non dovevo prenderlo"). L'esordio avviene spesso nel contesto di una dieta finalizzata a perdere peso per aderire a un modello, per evitare una derisione o presa in giro già vissuta, per indicazioni pratiche, sportive o artistiche. In alcuni casi l'insorgenza del problema è legato ad abusi, conflittualità familiari, violenze, sensi di colpa. La Bulimia nervosa è legata all'anoressia da un fil rouge e in molti casi le patologie si esprimono in modo speculare. Bulimia deriva dal greco bulimia e significa fame da bue. Il disturbo funziona in modo "autoalimentante", il circuito vizioso, di mantenimento dieta-abbuffate-vomito-dieta andrà a perpetuarsi, poiché la sensazione di perdita di controllo derivante dall'abbuffata produce condotte compensate, vomito autoindotto, un regime restrittivo che inevitabilmente andrà ad innescare la nuova abbuffata.



Anche in questo caso siamo di fronte a un ragazzo/a in sofferenza, con un forte senso di autosvalutazione, disistima e vergogna, che lo/a spinge ad isolarsi e perpetuare le abbuffate in solitudine e segretezza. Il peso di un soggetto bulimico può rimanere stabile o subire grandi oscillazioni, una situazione fortemente stressogena per l'organismo, e che spesso rende più delicata e difficile l'induzione  
della problematica.

L'assunzione di lassativi e diuretici, l'induzione protratta del vomito, le punizioni autoinflitte come l'esasperazione dell'esercizio fisico comportano rischi importanti per la vita, al pari dei pazienti anoressici, come possibili squilibri elettrolitici e cardiaci. I disturbi del comportamento alimentare sono patologie complesse ad eziologia multifattoriale. Il modello eziopatogenetico di riferimento è quello biopsicosociale, che ne interpreta lo sviluppo come concomitante presenza di fattori biologici, (predisposizione genetica), psicologici, (fattori intrapsichici e sviluppo della personalità), oltre che fattori scatenanti di tipo socio-ambientali



## CAPITOLO 5: LE AREE DI FUNZIONAMENTO COMPROMESSE DAL DISTURBO

**U**n disturbo del comportamento alimentare è totalizzante e cannibalizza la quasi totalità delle risorse del paziente, compromettendo in modo significativo il rendimento scolastico e le funzioni cognitive. I deficit nutrizionali indotti dai comportamenti restrittivi influenzano diverse aree del funzionamento cognitivo, nello specifico:

- 1) **L'attenzione, la concentrazione, l'elaborazione e l'assimilazione delle nozioni**, la capacità di abbracciare una materia nel suo complesso, senza focalizzarsi troppo sui dettagli (concetto di coerenza centrale).
- 2) **Deficit della memoria visiva**<sup>6</sup>, uno studio riporta un'interruzione della connettività cerebrale, che permette l'integrazione tra informazioni visive e somatosensoriali, con i risultati di dispercezione dell'immagine corporea che caratterizza questi disturbi.
- 3) **L'area della socializzazione**, come già spiegato, la paziente tende a isolarsi, a evitare progressivamente ogni interazione.
- 4) **Vulnerabilità a livello immunitario**, a causa dell'indebolimento generale dell'organismo, con l'innesto di un circuito vizioso e l'aggravarsi delle
- 5) assenze mature. **Le pazienti riportano emicrania, affaticamento, nausea**, che rendono difficili la presenza in aula. **Per questo risulta cruciale il bilanciamento del carico lavorativo** e l'attenta valutazione di decisioni che possono essere molto destabilizzanti per lo studente come la bocciatura.
- 6) **L'area dell'umore, irritabilità, ansia, apatia, depressione, ossessioni sempre più manifeste verso il cibo e verso il raggiungimento di un traguardo e di prestazioni perfette.**

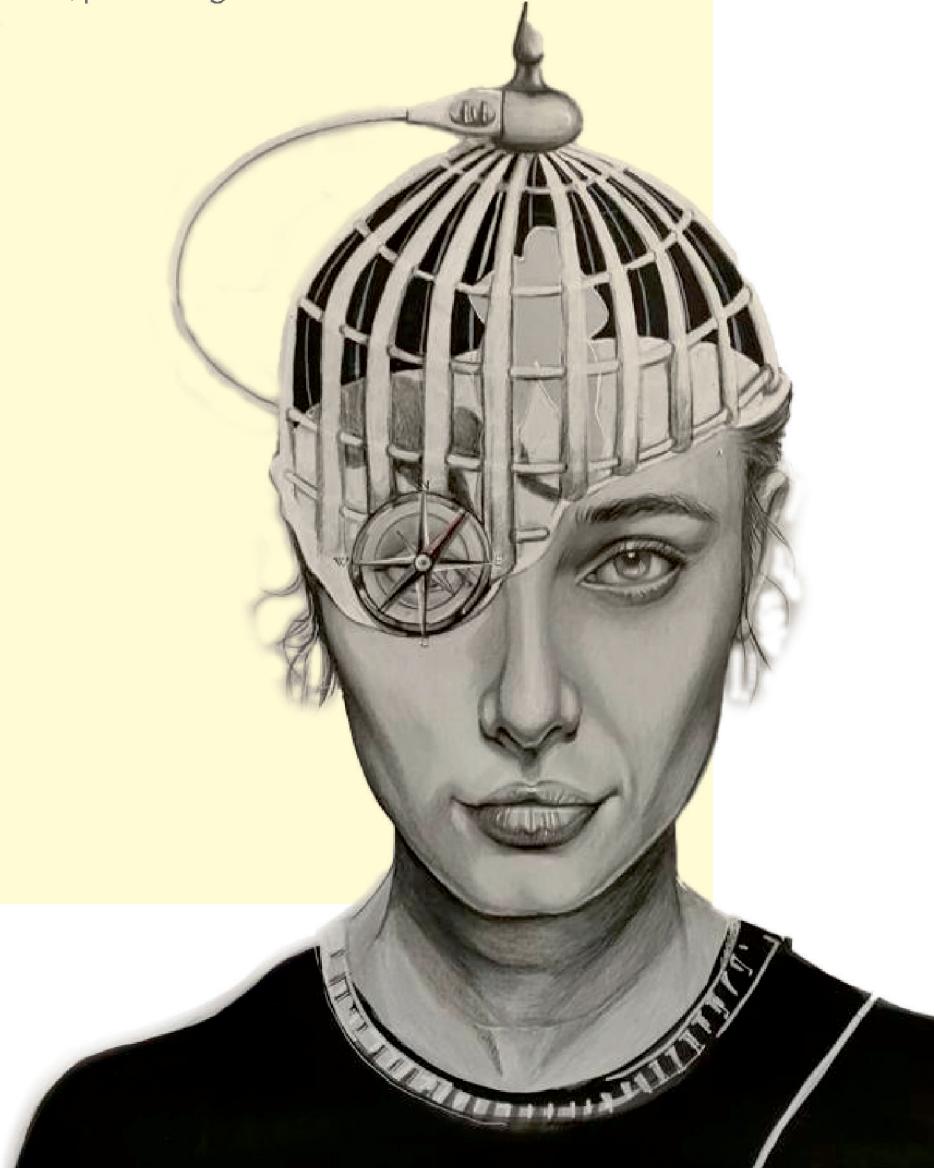
<sup>6</sup> (Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. Psychosom Med. 2003 Jul-Aug;65(4):701-8



7) **Iperinvestimento verso la carriera scolastica**, che però non ha un carattere sano ma è piena espressione della patologia in atto; la sensibilità verso un minimo fallimento degli obiettivi è altissima e vengono completamente eliminati momenti ludici o che possano distogliere dal raggiungimento della performance desiderata, raggiungimento che produrrà un senso di gratificazione molto effimero e passeggero, e sarà seguito dalla ricerca di un obiettivo ancora più estremo. Per i motivi sopra riportati, i livelli di rendimento scolastico sono parametri ingannevoli per il rilevamento di una problematica alimentare, occorre prendere in esame anche gli altri indicatori riportati. In che modo i Professionisti scolastici possono operare per sostenere un ragazzo/a affetto da questi disturbi? Innanzitutto ha facoltà, di prevedere un **PDP, piano didattico personalizzato**, per esempio permettendo la fruizione dei contenuti scolastici da remoto, se il paziente è ospedalizzato o al proprio domicilio, perché troppo debole. In questo caso sarà fondamentale il raccordo con l'équipe clinica che segue il/la paziente. Ogni componente dello staff scolastico, dall'ausiliario al docente principale, dovrebbe essere dotato della checklist dei sintomi più evidenti, e delle informazioni di base per indirizzare correttamente i genitori che si trovano ad affrontare la problematica. In questi disturbi, è di importanza cruciale, la costruzione di un piano di **prevenzione anti-bullismo e discriminazione**, che coinvolga gli studenti e li renda consapevoli delle drammatiche conseguenze di tali comportamenti. Allo stesso modo occorre un piano educativo e di informazione sui **corretti comportamenti alimentari**, rivolto agli studenti, anche attraverso l'ausilio di figure esperte, abituate a interagire con ragazzi di quella fascia di età.



**Un piano formativo** che dovrebbe coinvolgere anche gli insegnanti, con aggiornamenti e percorsi formativi "inclusivi", ovvero centrati sull'allineamento e la corretta comunicazione tra scuola, genitori, studenti e personale sanitario. deve promuovere la partecipazione alle attività extra scolastiche, ludiche o sportive, e portare attenzione a tutte le situazioni che possono incentivare stereotipi eccessivi di magrezza le regole non funzionali. Per esempio il peso e l'IMC, indice di massa corporea non dovrebbero essere più esplicitati durante le attività fisiche o le ore di lezione. L'approccio di base, delineato dai programmi di prevenzione della Regione Emilia Romagna, prevede la promozione della salute e della qualità di vita in tutte le modalità possibili, mentre sconsiglia di affrontare direttamente con i ragazzi la tematica dei DCA, per scongiurare il rischio di induzione al disturbo alimentare





## CAPITOLO 6: DILLO CON AMORE -COME RELAZIONARSI CON LO STUDENTE AFFETTO DA UN DISTURBO ALIMENTARE-

I ruolo dell'Insegnante nel promuovere comportamenti che aiutino lo studente affetto da un DCA nel buon esito del percorso terapeutico, è fondamentale. L'intervento può essere strutturato nei confronti del paziente, ma anche dei compagni e delle figure rilevanti. In particolare:

- 1)** Se uno studente riesce a uscire dal suo guscio e a confidare il suo problema a un membro dello Staff scolastico, **occorre gratificarlo per aver compiuto un passo così importante** ("sei stato molto bravo ad aprirti e a chiedere aiuto") e cercare con lui un'alleanza, decidendo insieme i passi successivi. Contattare la famiglia, così da garantire la presa in carico dal punto di vista medico e psicologico.
- 2)** Nello stesso tempo bisogna mantenere la consapevolezza sulla complessità del disturbo, che spesso **porta il paziente a distorcere la realtà** o a non palesare tutta la portata del problema.
- 3)** Se si riscontra da parte dello **Studente la resistenza nell'essere preso in carico dagli Specialisti**, occorre evitare pressioni eccessive e cercare di portare il dialogo su un piano di ragionamento. Da far capire che come Insegnante, volete il bene dello Studente e che al più presto possa tornare in piena salute e in equilibrio, quindi occorre fare i passi successivi.
- 4)** **Monitorare con attenzione le reazioni e i comportamenti dei compagni di classe in risposta alle espressioni del disturbo da parte del paziente.** Ricordare agli amici che non sono responsabili della patologia del loro compagno/a, ma allo stesso tempo possono fare tantissimo per supportarlo nel suo percorso verso la guarigione.

- 5) Fornire loro indicazioni generali di condotta** per evitare comportamenti che, inconsapevolmente possono trasformarsi in fattori di mantenimento del disturbo. **Favorire una vicinanza empatica** e il trascorrere tempo con lui/lei in modo "normale", evitando di parlare di cibo, forma fisica e peso corporeo.
- 6) Lo stigma e i comportamenti discriminatori** messi in atto dai compagni di scuola sono spesso generati dalla **paura** per ciò che risulta difficile comprendere, per cambiamenti che si colgono nell'amico e che non si ha la preparazione per accogliere e accettare. **Per questo è necessario educare i compagni a gestire i cambiamenti dell'amico/a senza giudizio.** I ragazzi vanno incoraggiati ad esprimere le proprie emozioni (paura, frustrazione, rabbia) per canalizzarle in modo corretto.
- 7) Mettere a punto tramite riunioni di equipe con lo Psicologo scolastico, un piano d'azione per favorire un clima positivo in classe** e di responsabilizzazione degli studenti. Non avere timore di interrogare i ragazzi circa i loro timori ed incertezze, così da prevedere i giusti interventi e fornire supporto a 360 gradi.
- 8) Collaborazione piena e costante nel tempo tra scuola ed equipe terapeutica,** soprattutto nei casi di ospedalizzazione dello studente. Il rientro in classe deve essere facilitato al massimo, per far sì che le sue esigenze mediche e psicologiche vengano rispettate, come la psicoterapia, i controlli medici, i pasti assistiti, l'esonero dalle lezioni di educazione fisica se necessario, etc...
- 9) Promuovere una comunicazione serena con le famiglie,** facendola precedere da un confronto di team/ consiglio di classe sulle dinamiche che possono rendere delicata l'interazione, fattori culturali e sociali, resistenze all'accettazione della patologia, sia da parte dello studente che dei familiari, dinamiche conflittuali all'interno della famiglia, separazioni in corso, etc. Il trattamento dei disturbi di comportamento alimentare è una sfida complessa e multidisciplinare, dove è spesso necessario coinvolgere la famiglia nel percorso di cura, con l'obiettivo di eliminare le dinamiche disfunzionali del rapporto genitore-figlio, per garantire un ambiente adatto ad accogliere e supportare i cambiamenti dello stile di vita del paziente.





## **10) Durante gli incontri e la comunicazione con le famiglie, l'ascolto e la comprensione devono essere incondizionate.**

I Caregiver sono figure spesso profondamente provate dalla psicopatologia del proprio caro/a, cariche di angoscia e a loro volta bisognose di supporto. L'attitudine non deve essere giudicante o superiore, ma partecipe e accogliente. Durante la comunicazione possono emergere emozioni molto forti, che necessitano di un'accoglienza empatica, come il senso di colpa che molti genitori provano per il disturbo del figlio. Occorre far capire loro che non siete dei Clinici che possono formulare una diagnosi e delle strategie terapeutiche, ma dei facilitatori, delle figure competenti a cui fare riferimento affinché la scuola possa essere **un setting supportivo** e funzionale alla remissione del disturbo del loro figlio/a. Coinvolgere lo psicologo scolastico, soprattutto nei casi in cui il dialogo diventa difficile e occorre il supporto di tutto lo Staff scolastico. Esortare i genitori a usufruire delle associazioni sul territorio, che possono aiutarli emotivamente e farli sentire meno soli. Creare rete con le stesse, per la messa a punto di interventi di prevenzione personalizzati sui quadri specifici presenti nei vari Istituti scolastici.

**11)** Infine erogare un'informazione corretta e chiara sulle linee guida dell'Istituto Scolastico e sui diritti degli studenti in termini di tutela personale.

**12)** Infine è consigliabile stilare una **reportistica scritta** di ogni interazione, così da tracciare dettagliatamente l'esito di ogni incontro e le decisioni intese, costruendo un progetto comune per il sostegno dell'studente.



## CAPITOLO 7: IN CHE MODO PUÒ INTERVENIRE LO PSICOLOGO SCOLASTICO?

I documenti ufficiali che definiscono le modalità di intervento dello Psicologo nella scuola sono il patto di intesa tra Miur e Cnops<sup>7</sup>. Le mansioni e competenze dello psicologo sono descritte in modo dettagliato nel documento della National Association of Psychologists<sup>8</sup>. I professionisti devono raccogliere il consenso informato, che nel caso di studenti minorenni, deve essere firmato dai genitori. Egli può strutturare i suoi interventi nei seguenti ambiti:

- 1) **Ambito preventivo**, con l'organizzazione di incontri informativi ed educativi con studenti, famiglie e personale scolastico.
- 2) **Presentazione della propria figura e del proprio ruolo** di supporto per studenti che presentano segnali di disagio o fattori di rischio per lo sviluppo del disturbo.
- 3) **Tenere il contatto con le famiglie**, informandoli del quadro psicopatologico del figlio e dell'evolversi del disturbo.
- 4) **Indirizzare** la famiglia presso centri riabilitativi o strutture specializzate del territorio.
- 5) **Offrire supporto psicologico** pratico allo studente, come tecniche di decompressione emotiva e di rilassamento, strategie risolutive per le difficoltà scolastiche, un setting di riservatezza dove lo studente possa esprimere le sue difficoltà o consumare i pasti in modo più tranquillo e protetto.
- 6) **Collaborazione con l'équipe medica**, soprattutto in caso di reinserimento dello studente, e di particolari necessità come i pasti assistiti, e l'alleggerimento del carico scolastico.

<sup>7</sup>Cnops - Miur 2018, "Patto d'intesa, promuovere benessere a scuola"

<sup>8</sup>National Association of school Psychologists, 2000, 8 "manuale di condotta professionale."



## CAPITOLO 8 : IL GIUSTO APPROCCIO NELL'EDUCAZIONE FISICA

I quaderno del Ministero della Salute del 2017 contiene una sezione dedicata al setting sportivo e alla sua rilevanza nel l'insorgenza dei disturbi alimentari<sup>9</sup>. Oggi possiamo dire che nessuna disciplina sportiva è esente da fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo alimentare. Se la maggior parte degli sportivi che soffrono un DCA sono di sesso femminile, negli ultimi anni si sono intensificati i casi di sesso maschile, soprattutto tra atleti che enfatizzano molto la dieta, e la forma fisica. Una storia familiare di dipendenza, o di disturbi alimentari rappresenta un fattore di rischio, così come una personalità ansiosa e perfezionista, che subisce in modo violento la pressione delle performances sportive attese e gli standard di magrezza richiesti dalla disciplina<sup>10</sup>. Decisivo per 10 l'insorgenza e il mantenimento del disturbo, una figura di riferimento, allenatore, Trainer sbilanciato solo sull'esito della performance sportiva e non sulla valorizzazione della risorsa e delle sue peculiarità. Un approccio marcatamente basato sulla quantificazione dell'attività motoria e sul computo del dispendio energetico della disciplina sportiva può generare l'insorgenza di comportamenti iperattivi e dell'associazione pericolosa corpo sottopeso e corpo sano/apprezzabile. Diverso è evocare le sensazioni di benessere, piacevolezza, ascolto del corpo indotte da una equilibrata attività fisica, e i vantaggi legati alla socializzazione. Il tema dell'alimentazione nell'ambito sportivo deve essere collocato all'interno di un programma di promozione della salute perseguitibile attraverso lo stile di vita e la consapevolezza delle esigenze del proprio corpo.

<sup>9</sup> Ministero della salute, 2017 "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi alimentari.

<sup>10</sup> Anderson, Petrie, & Neumann, 2012; Cooper & Winter, 2017; Greenleaf et al. 2009

## CAPITOLO 9: LA PREVENZIONE DEI DISTURBI ALIMENTARI, NUOVI APPROCCI NELLA SCUOLA

I programmi di prevenzione dei disturbi alimentari di ultima generazione non si limitano a un approccio psicoeducativo didattico e alla formazione dei professionisti, ma privilegiano un **approccio interattivo ed esperienziale** con gli studenti, programmando attività che sono finalizzate a modificare le credenze e gli atteggiamenti disfunzionali alla base dei disturbi.

A l c u n i

e s e m p i :

- 1) Favorire il consolidarsi di un'**attitudine critica** verso i **modello identitari** trasmessi dai media e dalla pubblicità.
- 2) Promuovere una **scelta attenta e consapevole delle scelte alimentari**, basata sulla conoscenza del proprio territorio e delle risorse che può offrire.
- 3) **Materiale audiovisivo sull'immagine corporea e revisione critica dei social.** Programmi multimediali psicoeducativi sulle distorsioni di Internet. La finalità ultima di questi interventi è quella di aumentare i fattori protettivi, il pensiero critico e l'alfabetizzazione mediatica, elementi fondamentali di prevenzione e contrasto di questi disturbi.



Il focus di queste attività è soprattutto l'integrazione e accettazione dello schema corporeo e la promozione di un'immagine corporea positiva. Uno dei più efficaci interventi di prevenzione dei DCA rivolti agli studenti è **il Format didattico di promozione dell'autostima "Ti piaci e quanto ti piaci?"<sup>11</sup>**, un programma di prevenzione che si pone la finalità di valorizzare la diversità e supportare ogni ragazzo/ragazza nella strutturazione della propria identità e collocazione nel mondo. In questi modo si va a scardinare l'ideale patologico di magrezza, operando sull'unicità che ogni studente può esprimere. Si tratta di sessioni pratiche settimanali con l'assegnazione di esercizi da proseguire a casa e role playing. Tra le altre tecniche pratiche attuate possiamo individuare il **Mindful eating**, l'atto del nutrirsi con consapevolezza, **attività laboratoriali gusto-sensoriali**, con decodifica e ascolto dei segnali di fame e di sazietà. Il programma terapeutico è basato su oltre 16 anni di ricerca ed è stato sperimentato con ottimi risultati su oltre 1000 adolescenti<sup>12</sup>.

<sup>11</sup>Regione Emilia Romagna “Linee di indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute nell’ambito dei disturbi di comportamento alimentare”

<sup>12</sup>Tiffany A. Brown Phd, K. Jean Forney, Dennis Pinner, Pamela K. Keel Phd, first published 08/05/2017/ <https://doi.org/10.1002/eat.22724>; International Journal of eating disorder, “A randomized control trial of the body project”



## CONCLUSIONI: LA PREVENZIONE DEI DISTURBI ALIMENTARI, NUOVI APPROCCI NELLA SCUOLA

Kairos, in sinergia con figure esperte e con i Professionisti sanitari, si propone di sviluppare interventi educativi sempre più specifici, costruiti intorno alle esigenze di ogni setting scolastico, così da dotare gli Insegnanti di strumenti idonei ad accogliere, ascoltare, supportare chiunque manifesti segnali di fragilità, perché la scuola possa essere sempre più e sempre meglio un luogo di crescita e di fioritura della persona. Oscar Wilde scriveva "Nulla è più profondo di ciò appare in superficie". Possiamo rapportare questa frase ai disturbi di comportamento alimentare, perché il sintomo rimanda a mondi sommersi, profondi e insondabili, dove è fondamentale portare ascolto, accogliere con empatia e rispetto, ciò che ci viene consegnato. Noi siamo fermamente convinti che non esista LA Via Maestra, ma che ogni percorso di riequilibrio vada costruito in modo personalizzato intorno all'unicità e alle peculiarità di quel paziente. Kairos opera sul territorio affinché I Clinici e i Professionisti della scuola, accanto alle famiglie possano operare in modo sinergico, divenendo custodi di questa unicità.



## BIBLIOGRAFIA:

1. Accordo tra Miur e Ordine degli Psicologi. *Promuovere benessere a scuola.* <http://www.psd.it/wp-content/uploads/2018/12/PI-CNOP 181218.pdf>
2. *Linee di indirizzo nazionale per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione.* A cura di Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017.
3. U. Nizzoli, Claudio Colli, Chiara Covri, *DCA: disturbi del Comportamento alimentare. Manuale per Operatori, Insegnanti, genitori.* Carocci Faber
4. Ministero della Salute: *Conoscere, affrontare, vincere i disturbi della nutrizione e di alimentazione. Anoressia, bulimia....e non solo. Per vivere in armonia il rapporto con cibo, corpo, emozioni.* Anno 2022.



## *Metamorfosi* Poesia di una giovane paziente uscita dall'anoressia

*Ero in clessidra  
imprigionata dal tempo.  
Ogni secondo era un grosso granello di sabbia  
che cadeva pesante  
bloccandomi sempre più  
soffocandomi.  
Ho rotto la clessidra  
ho lasciato la sabbia alle spalle  
Ho ripreso a respirare.  
Ero un burattino  
un pezzo di legno legato a dei fili  
se mi ribellavo  
si attorcigliavano, mi avvinghiavano.  
Ho tagliato i fili  
e ora sono libera di correre nel vento.  
Ero smarrita in un labirinto di specchi...  
confusa da mille immagini di me.  
Ho spaccato tutto e ho ritrovato me stessa.  
Ho ricominciato a sognare  
a sorridere alla vita.  
Quando sembrava finita  
ho iniziato a volare.*



L'Associazione Kairos L'Associazione Kairos il tempo dei cambia-menti opera sul territorio di Ferrara dal 2015, offrendo supporto a chi è affetto da un disturbo del comportamento alimentare e alle famiglie. L'associazione organizza gruppi di sostegno, attività di sensibilizzazione e prevenzione, conferenze, collabora con le istituzioni e i Professionisti Sanitari impegnati nella lotta a queste complesse problematiche. Kairos è un termine che dal greco antico rimanda al concetto di "tempo giusto" o "momento supremo" e designa un momento speciale dove agire diventa decisivo. Il nome completo di Kairos è il tempo dei cambia-menti, ad indicare la necessità di un viraggio mentale, di una trasformazione interiore che è il motore di ogni percorso terapeutico. Mai come in questo particolare momento storico e mai come in questi disturbi, diventa decisivo interpretare al meglio l'essenza di Kairos e saper agire con tempestività e risolutezza. Insieme possiamo farcela.

**PER CONTATTI E INFORMAZIONI:**

**ASSOCIAZIONE KAIROS IL TEMPO DEI CAMBIA-MENTI**

**TEL. 389/7867721**

**MAIL: ASSOCIAZIONE\_KAIROS@VIRGILIO.IT**



## **PROLOGO**

<b>CAPITOLO 1: COSA SONO I DCA.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPITOLO 2: I CAMPANELLI D'ALLARME.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITOLO 3: I DATI EPIDEMIOLOGICI E LE RISORSE SUL TERRITORIO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITOLO 4: PERCHÉ LO FAI?.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPITOLO 5: LINEE DI GUIDA E STRATEGIE PER LA LOTTA AI DCA NELL'AMBITO SCOLASTICO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITOLO 6: DILLO CON AMORE: COME RELAZIONARSI CON LO STUDENTE AFFETTO DA UN DISTURBO ALIMENTARE...22.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPITOLO 7: IN CHE MODO PUÒ INTERVENIRE LO PSICOLOGO SCOLASTICO?.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPITOLO 8: IL GIUSTO APPROCCIO NELL'EDUCAZIONE FISICA.....</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONI: LA PREVENZIONE DEI DISTURBI ALIMENTARI, NUOVI APPROCCI NELLE SCUOLE.....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>27</b>
<b>L'ASSOCIAZIONE KAIROS .....</b>	<b>28.</b>

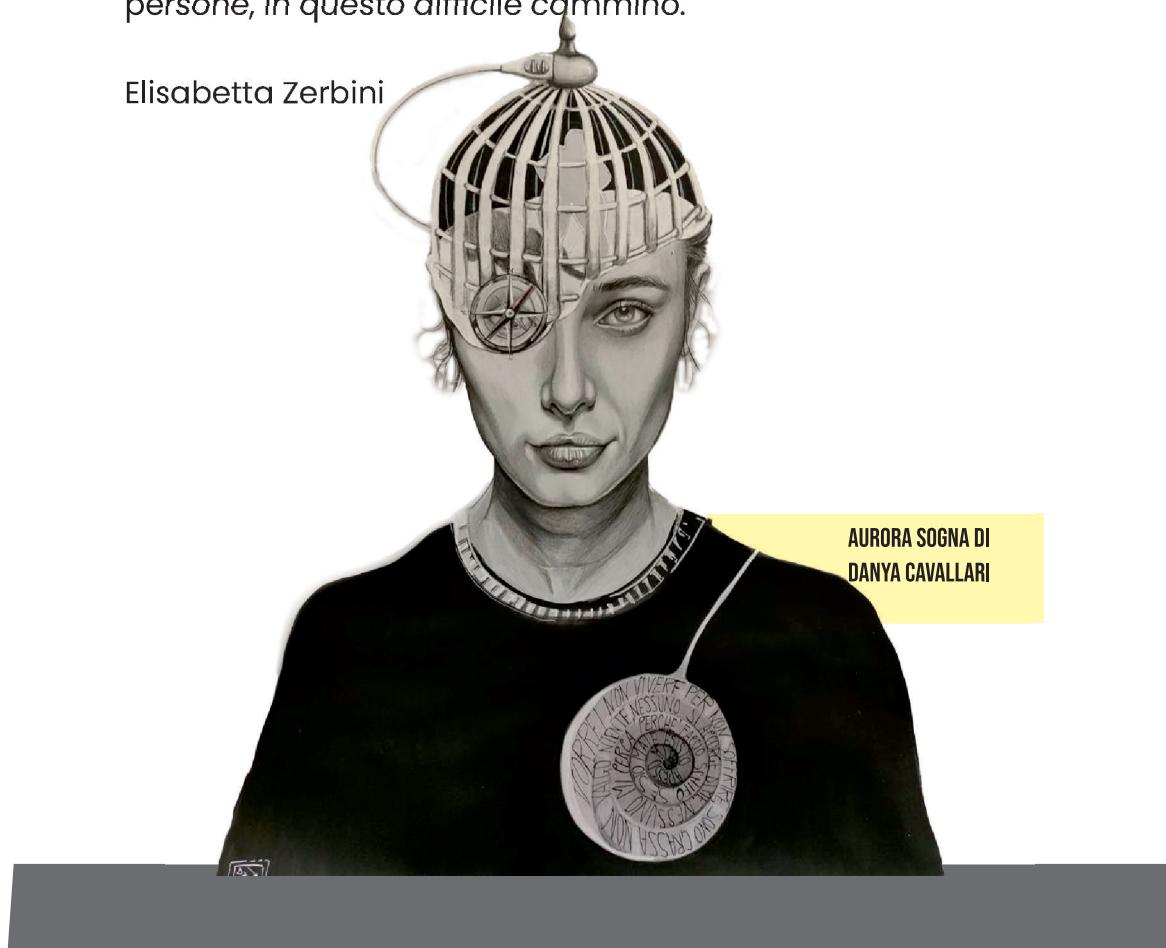
# Un grazie di cuore

a tutte le meravigliose persone che animano la vita  
dell'associazione, di passaggio o più attive  
nell'organizzazione delle nostre attività.

È solo grazie a loro,

Lorenza, Angela, Daniela, Cristina, Tiziana, Giampaolo,  
Marina, Stefania, Tania, Sarah, Giulia, Sonia, Lorena,  
Sabina, Danya, Barbara, Giulia, Chiara, Riccardo, e tanti  
altri, che questo progetto può oggi concretizzarsi, con  
l'auspicio di poter sostenere e raggiungere sempre più  
persone, in questo difficile cammino.

Elisabetta Zerbini



AURORA SOCNA DI  
DANYA CAVALLARI





[info@coordinamentonazionaledca.it](mailto:info@coordinamentonazionaledca.it)  
Www.coordinamentonazionaledca.it