

Sintesi generale del progetto adolescenza

A SCUOLA DI SALUTE

CONSAPEVOLEZZA ALIMENTARE SUI BANCHI

La vita umana non si alimenta di oggetti, ma di segni”.

Zygmunt Bauman¹

DESCRIZIONE E CONTESTO DEL PROGETTO

Adolescenza: il rapporto con il corpo che cambia tra DCA e OBESITA’

Per milioni di giovani il corpo ed il cibo si sono trasformati in un’ossessione, tanto che i DCA costituiscono una vera e propria epidemia sociale².

L’adolescenza è quel periodo della vita tra l’infanzia e l’età adulta in cui avvengono grandi e repentini cambiamenti sia esteriori nel corpo, sia interiori nella psiche e nella mente. Tale fase è caratterizzata da un periodo di riorganizzazione della personalità durante la quale si vivono profonde crisi adolescenziali e delle trasformazioni.

La scrittrice Grogan³ definisce il corpo come quell’unicum di *pensieri, percezioni ed emozioni* che un individuo sperimenta rispetto la propria immagine corporea. Spesso tali esperienze sul proprio corpo non hanno un valore positivo, per di più non corrispondono alla forma corporea ideale del soggetto: si tratta perciò di insoddisfazione per l’immagine corporea. Tale delusione è una dei maggiori elementi di rischio e di mantenimento dei disturbi connessi all’alimentazione e all’immagine corporea⁴.

Gli individui affetti da anoressie e da bulimia spesso utilizzano la magrezza come mezzo attraverso cui cercano di realizzare sé stessi nei vari settori della vita, iniziando dall’amore e dal lavoro. Al cospetto delle difficoltà in cui devono sfidarsi i pazienti con D.A. si chiudono e retrocedono spaventati e accentrano le loro forze sulla sorveglianza del corpo e dell’alimentazione. Quindi l’aspetto corporeo da strumento che serve per comunicare, presentarci e vivere, diventa un fine a sé stesso.

Alcuni studi⁵ relativi ai pazienti con D.A. hanno individuato quali importanti fattori per il mantenimento dei sintomi dei disturbi dell’alimentazione il rimuginio e il controllo. Inoltre gli

1 Zygmunt BAUMAN, sociologo e filosofo polacco

2 Emanuela RAMPELLI – Laura DALLA RAGIONE – Paola BIANCHINI (a cura di), *Il coraggio di guardare*

3 Sarah GROGAN, *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*, Londra, Routledge Editore, 2007.

4 Joel K. THOMPSON et al., *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*, in <American Psychological Association> (1999).

5 Sandra SASSAROLI – Marcello GALLUCCI – Giovanni Maria RUGGIERO, *Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self – esteem*, in <Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry> 39 (2008), 467 – 488.

individui con Disturbi dell'Alimentazione evidenzerebbero una minor autostima, la tendenza al perfezionismo patologico (eccessiva preoccupazione per gli errori), alto rimuginio e bassa percezione di dominio su fatti esterni e sugli stati emotivi interni rispetto ai soggetti che non soffrono di tale sindrome.

Si è evidenziato da studi clinici e sperimentali che il criticismo percepito è un elemento di rischio per la crescita del perfezionismo nei D.A. Frost e Huprich hanno sottolineato come il criticismo genitoriale e le critiche da parte di persone significative siano estremamente importanti per i soggetti patologici⁶.

Generalmente il criticismo percepito anticipa il perfezionismo maladattivo nel processo psicologico, si evolve in tal modo il controllo ossessivo del peso e della forma fisica nella mente degli individui con tale patologia. È possibile perciò concepire il perfezionismo maladattivo come una sorta di reazione alla sofferenza data dalle critiche ricevute che, in individui fragili e poveri di un ambiente familiare adeguato, hanno sollecitato lo sviluppo di un controllo o di un discontrollo sul cibo, sulla forma fisica e sulla vacuità dell'Io. È possibile perciò dedurre che il criticismo percepito possa essere il dato razionale che agevola il passaggio transgenerazionale del perfezionismo in individui con D.A.⁷.

A differenza della bassa autostima e del perfezionismo patologico, il controllo non è un problema ma una risoluzione. Infatti nei D.A. il controllo si manifesta in quello del peso, in quello del cibo, e in quello dell'aspetto corporeo grazie la dieta, ed è consolidato favorevolmente se si riesce a rispettarla, e sfavorevolmente dalla paura di ingrassare. La conseguenza è che con l'aumentare della dieta, il peso sempre più diminuisce e il processo si rinnova automaticamente: è proprio per questo che la necessità di controllo nei D.A. si trasforma in una necessità compulsiva⁸.

“[...] i soggetti con disturbi alimentari si impongono regimi estremamente rigidi e condotte di eliminazione al fine di comprimere, restringere il loro mondo. [...] la spiegazione più plausibile di questa esasperata costrizione è che questa forse rende la vita più gestibile e controllabile.

Soggetti con disturbi alimentari sentono di non essere capaci di controllare i rapporti personali, le reazioni interne e gli eventi in generale. Per ottenere la percezione del controllo e raggiungere un certo grado di prevedibilità, sono disposti a confinare le loro vite entro un'esperienza ridotta, circoscritta all'alimentazione e alle dimensioni corporee. Tuttavia, sebbene la gestione dell'alimentazione e delle dimensioni corporee offra in un primo momento l'attrattiva di una qualche possibilità di controllo, alla fine li condanna ad una esistenza isolata ed insana⁹.”

6 Sandra SASSAROLI – Giovanni Maria RUGGIERO (a cura di), *I disturbi alimentari*, Bari, Editori Laterza, 2014.

7 <<http://www.stateofmind.it/tag/disturbi-alimentari-dca/>> (consultato il 18 marzo 2018.)

8 *Ibidem*.

9 *Ibidem*.

Per lo psicoterapeuta Riccardo Dalle Grave¹⁰ la tendenza al controllo si fissa sull'alimentazione poiché dà un'immediata ed evidente prova di capacità di autocontrollo, ed inoltre ha un forte effetto manipolatorio su chi sta vicino, specie sui familiari.

La pubertà è un momento della vita di ciascun individuo ricco di cambiamenti biologici e psicofisici.

Le modifiche ormonali portano a cambiamenti corporali evidenti e conseguentemente influenzano i rapporti con la famiglia e gli amici. Il giovane adolescente inizia il percorso che lo porterà a diventare un adulto definendo sé stesso. Ciò prevede l'uscita dalla 'safe zone' costituita dal micro nucleo familiare e la creazione di un nuovo mondo di rapporti con individui della stessa età, questa tappa è costellata dai conflitti personali e da quelli con i genitori.

In questo periodo non sempre l'adolescente riesce ad accettare con facilità il suo nuovo corpo, spesso capita che si ritrovi sopraffatto dalle modifiche e che faccia fatica a identificarsi in questa nuova veste, ed è proprio per questo che l'insoddisfazione corporea, la paura di crescere e il distacco con la famiglia di origine porta allo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare di vario tipo.

“Sentirsi diversi, a volte sgradevoli, e non riconoscersi nell'immagine riflessa sono tutte sensazioni ed emozioni che è frequente provare durante l'adolescenza¹¹”. Così capita spesso che la propria immagine non piaccia in quanto la si mette a confronto con modelli che la società contemporanea offre, esempi ideali, stereotipi assai lontani dalla realtà.

Serve una maturazione intellettuale per rendersene conto e svincolarsi dal condizionamento che bello = perfetto che TV, mass – media, moda impongono.

È noto a tutti che l'adolescenza è quella fase di forte vulnerabilità nell'accettare il proprio corpo e nello sviluppo dell'autostima, ciò dovuto ai naturali cambiamenti fisici, alla crescita dell'accettazione dei pari, alla scoperta dei primi rapporti sentimentali e non da ultimo agli eventuali fatti negativi che articolano la vita adolescenziale¹².

10 Riccardo DALLE GRAVE, *Disturbo, da alimentazione incontrollata. Che cos'è. Come affrontarlo*, Verona, Positive Press Editoria & Formazione, 2014.

11 *Ibidem*.

12 Laura DALLA RAGIONE – Lucia GIOMBINI (a cura di), *Solitudini imperfette*, Perugia, 2014, 14 – 15.

Studi di popolazione

I rapporti ISTISAN¹³ mostrano come il picco dell'esordio delle patologie correlate con l'alimentazione risalga all'età prepuberale/puberale, per l'anoressia nervosa l'incidenza nelle donne è risultata essere pari a 270 per 100.000 e 15,7 per 100.000 nei maschi¹⁴. In Italia¹⁵ il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. Il tasso di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti donne di età 15-19 anni ricoverati per la prima volta nel periodo 2004-2005 e non ricoverati per AN tra il 2001 e il 2003 è pari a 31,7 per 100.000.

Sophie Wood e colleghi hanno pubblicato proprio all'inizio del mese di agosto '19 uno studio di pratica clinica sui DCA che va ad analizzare l'epidemiologia in Inghilterra. Da questo studio si evidenzia come si sia modificato l'andamento dell'esordio e dell'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare dal 2004 al 2014 su quasi 4 milioni di individui. Le femmine sono 11 volte più frequenti rispetto ai maschi, inoltre, analizzando le fasce di età, si nota che nell'età che va tra i 16 e i 20 è il doppio rispetto ai 2 range 10-15 e 21-24.¹⁶

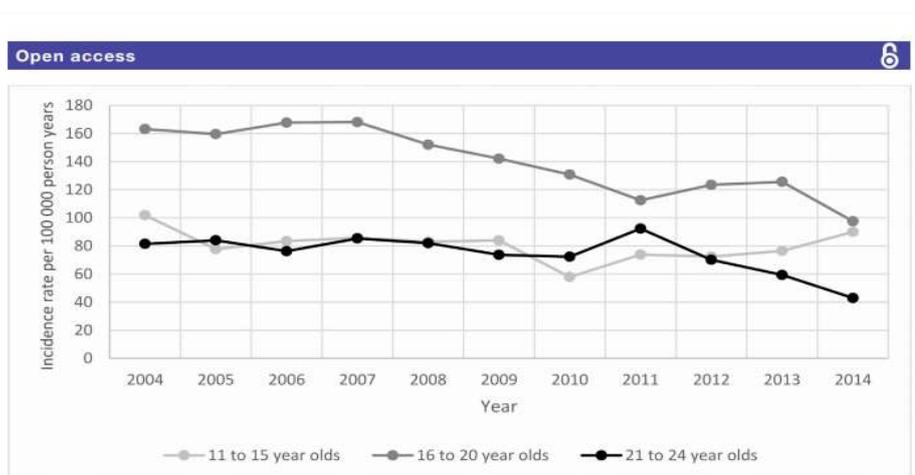


Figure 2 The crude annual incidence rate of individuals per 100 000 person years with eating disorders for children and young people aged 11–24 years by age group.

Figura 1 Sophie

Wood, Amanda Marchant,

Mark Allsopp, Kathleen Wilkinson, Jackie Bethel, Hywel Jones, Ann John. Epidemiology of eating disorders in primary care in children and young people: a Clinical Practice Research Datalink study in England 2019

13 <http://old.iss.it/binary/publ/cont/tredici6web.pdf>

14 G. De Virgilio, D. Coclite, A.Napoletano, D. Barbina, L. Dalla Ragione, G. Spera e T. Di Fiandra Disturbi del comportamento alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti. 2012

15 ANTONELLA GIGANTESCO, MARIA MASOCCO, ANGELO PICARDI, ILARIA LEGA, Hospitalization for anorexia nervosa in Italy 2019

16 Sophie Wood, Amanda Marchant, Mark Allsopp, Kathleen Wilkinson, Jackie Bethel, Hywel Jones, Ann John. Epidemiology of eating disorders in primary care in children and young people: a Clinical Practice Research Datalink study in England 2019

MODELLI DI PREVENZIONE PRIMARIA

Tra i vari modelli metodologici nel caso dei DCA quello che presenta maggiore efficacia nell'ambito della prevenzione è il modello dei fattori non specifici di vulnerabilità che contrasta fattori di rischio aspecifici e potenzia fattori generali di protezione, ovvero le abilità o lifeskills individuali o sociali.¹⁷ Il modello appena esposto viene chiamato modello NSVS (Non-Specific Vulnerability-Stressor-Model). Su questo modello si basano gli interventi di promozione alla salute che si rivolgono a vaste popolazioni (interventi di prevenzione universale) e nel caso dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione si focalizzano sul potenziamento delle capacità del soggetto di affrontare situazioni difficili (empowerment).

La promozione della salute ci permette di far fronte a un altro tema caldo, *l'obesità*.

L'Italia ha uno dei più alti tassi di obesità infantile fra i paesi occidentali, secondo solo a quello degli Stati Uniti e le percentuali sono decuplicate dagli anni Settanta del secolo scorso.

Oggi il 26,9% dei ragazzi italiani dai 6 ai 17 anni è in eccesso di peso, con punte non trascurabili nel Sud e nelle isole. Percentuale che aumenta nella fascia dei bambini fra i 6 e 10 anni, arrivando fino al 35,7%: quindi uno su tre di quella fascia, ovvero circa un milione di bambini in totale (dati del Ministero della Salute). Considerevole anche la percentuale di bimbi italiani in sovrappeso nella fascia 3-11 anni: 25,2%, che scende al 17,3% per i ragazzi fra gli 11 e i 14 anni.

Le percentuali più elevate di sovrappeso e obesità si riscontrano nelle regioni del Centro-Sud: in Abruzzo, Molise, Campania, Puglia e Basilicata l'eccesso ponderale riguarda più del 40% del campione, mentre Sardegna, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige sono sotto il 25%.

Inoltre dai dati emersi dal Sistema di Sorveglianza "Okkio alla Salute", promosso dal Ministero della Salute e dal CCM (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie), nell'ambito del programma strategico Guadagnare salute-Rendere facili le scelte salutari, il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 67% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante; il 21% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura; il 43% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate.

¹⁷<http://old.iss.it/binary/publ/cont/tredici6web.pdf>, p. 32

Il percorso è stato integrato ed ampliato rispetto all'originale per adattarsi al meglio al "PROTOCOLLO D'INTESA PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE NELLE SCUOLE" del ministero ed in osservanza del programma scolastico che prevede lo studio dei nutrienti e dell'apparato gastrointestinale in seconda media e quindi dovrebbe essere già parte del bagaglio culturale dei ragazzi destinatari del progetto.

Le integrazioni andranno a dare al progetto un approccio globale ed interdisciplinare.

OBIETTIVI

L'obiettivo del progetto è quello mettere in atto un

PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE.

- **mitigare i fattori di rischio per i DA** come:
 - l'influenza negativa della società, che, come abbiamo già detto, idealizza modelli corporei poco salutari;
 - la disinformazione sulle caratteristiche degli alimenti, che spingono a demonizzare macronutrienti come i carboidrati, fondamentali nella dieta mediterranea e per la produzione di energia, o i lipidi, escludendo così l'assunzione delle vitamine liposolubili e diminuendo i precursori della maggior parte degli ormoni.
- **prevenzione dell'obesità** che, potrebbe mediare a problemi relazionali con i pari, abbassare l'autostima e fomentare l'inadeguatezza e l'insoddisfazione corporea.
- **sensibilizzare allo spreco alimentare.**
- **igiene degli alimenti** imparare a conservare i cibi per prevenire la crescita microbica.

Di seguito si riportano i potenziali fattori di rischio nello sviluppo dei Disturbi Alimentari

Tabella 1¹: Fattori di rischio e precipitanti per DCA. I fattori contrassegnati dall'asterisco hanno un ruolo nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione evidenziato dalla letteratura

<p>Fattori di rischio generali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesso femminile* - Adolescenza* - Vivere nella società occidentale* <p>Fattori di rischio generici <i>Caratteristiche dell'infanzia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auto-svalutazione* - Timidezza - Perfezionismo* - Accondiscendenza (piacere agli altri) - Assenza di veri amici - Fobia-paure scolastiche <p><i>Disturbi psichiatrici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressione - Disturbi d'ansia* - Abuso di sostanze - Alcolismo* - Disturbi della condotta - Assenteismo a scuola - Auto-aggressività <p><i>Disturbi psichiatrici dei genitori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressione* - Disturbi d'ansia - Abuso di sostanze - Alcolismo <p><i>Problematiche relazionali in famiglia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anaffettività dei genitori* - Separazione dei genitori - Litigi in famiglia* - Criticismo dei genitori - Alte aspettative dei genitori* - Ipercoinvolgimento dei genitori - Scarso contatto con i genitori - Bassa cura - Alta protettività <p><i>Eventi distruttivi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Morte di un genitore - Cambiamento di una figura genitoriale - Malattia cronica di un genitore - Frequenti cambi di casa - Gravi problemi personali di salute <p><i>Canzonature e molestie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Essere presi in giro (non per il peso e le forme corporee) - Subire episodi di bullismo <p><i>Abusi sessuali e fisici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuso sessuale* - Gravi e ripetuti abusi sessuali* - Abuso fisico - Gravi e ripetuti abusi fisici 	<p>Fattori di rischio specifici presenti solo nei DCA <i>Rischio di fare diete</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un familiare a dieta per qualsiasi motivo* - Un familiare a dieta per peso e forme corporee* - Critiche di familiari su alimentazione, peso e forme corporee - Commenti ripetuti di altri su alimentazione, peso e forme corporee* - Essere presi in giro su alimentazione, peso e forme corporee* - Obesità dei genitori* - Obesità personale nell'infanzia* - Frequentazioni di ambienti che enfatizzano la magrezza (es. danza, moda, sport, spettacolo, ecc.)* <p><i>Disturbi dell'alimentazione in famiglia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nei genitori* - In altri parenti* <p>Altri fattori di rischio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarca precoce - Difficoltà alimentari precoci - Aborti <p>Fattori precipitanti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio casa - Cambio città e/o paese - Malattia importante - Gravidanza o aver avuto un bambino - Morte di una persona cara - Malattia di una persona cara - Una persona cara ha lasciato la casa - Una nuova persona è venuta a vivere in casa - Inizio di una relazione sentimentale - Fine di una relazione sentimentale - Abuso sessuale - Abuso fisico - Fallimenti scolastici, lavorativi, sportivi - Esami scolastici - Cambio di scuola - Impegno lavorativo intenso - Stress per svariate ragioni - Commenti critici per alimentazione, peso e forme corporee
---	---

PROTAGONISTI E BENEFICIARI

Il progetto è rivolto ai ragazzi in età evolutiva che frequentano le classi terze della Scuola Secondaria di primo grado, ma coinvolgerà anche le famiglie.

La scuola sarà un ulteriore beneficiario perché sarà messa in grado di fornire un servizio di alta valenza sociale agli alunni ed alle loro famiglie, mettendo nel contempo le basi per un uso innovativo della scuola che diventa un laboratorio per la salute attraverso l'educazione alimentare.

Il progetto prevede la scuola come protagonista e come tramite per il coinvolgimento di alunni, insegnanti e famiglie.

La partecipazione di insegnanti e genitori alla formazione in merito a corretta alimentazione e DCA è di fondamentale importanza, in quanto l'obiettivo è quello di dare delle conoscenze comuni in merito all'alimentazione attraverso giuste scelte qualitative e quantitative ed evitare fenomeni di confusione ed incertezze, inoltre verranno spiegati quali sono i fattori di rischio, le caratteristiche dei DA e portati alla conoscenza della Rete in modo da poter agire in maniera tempestiva in caso di problematiche psico-nutrizionali.

TEMPI

Il progetto si struttura in **8 mesi**, da **ottobre a maggio**, e prevede **6 ore di attività al mese ogni 15 giorni**, tenendo conto di vacanze e scadenze istituzionali, per un totale di **ore di 42** attività per ogni anno scolastico.

FASI E STRUMENTI

Si struttura in tre diversi step:

- A. Lezione e laboratori con i ragazzi. 42 ore
- B. La formazione di genitori e professori. 4 ore
- C. Lo sportello per i ragazzi e famiglie 10 ore

A. La promozione alla salute è strutturata in sei lezioni, una volta al mese da gestire al meglio con le scadenze istituzionali legate al profitto.

Ogni lezione ha la durata di 1 ore, strutturata nella prima parte come lezione frontale, e successivamente esperienziale attraverso dei laboratori didattici, ad esclusione della prima che come vedremo serve per avere una situazione generale delle abitudini e dello stato psico-fisico degli alunni.

Tematiche e svolgimento di ciascuna lezione:

1. Presentazione, conoscenza e spiegazione dei professionisti e del percorso, test conoscitivi delle abitudini alimentari e della visione del corpo.

Tra i test che si potrebbero proporre troviamo:

- Eating Attitude test a 26 Item (EAT-26)
- Questionario per la valutazione degli stili di vita e le abitudini alimentari (INRAN)

2. Ruolo e l'importanza dei diversi alimenti per la nostra salute e conoscere le corrette alternanze. Riflettere sull'importanza dell'acqua e del non sprecarla
3. Conoscere la cucina del proprio territorio e del mondo. Riscoprire i sapori, le tradizioni, le ricette tipiche. Stimolare la curiosità ed allargare gli orizzonti del personale gusto.
4. Saper riconoscere i cibi di stagione. L'impatto ambientale dello scegliere secondo o fuori stagione.
5. Saper conservare gli alimenti in maniera corretta nel frigorifero, come negli altri scomparti e ripiani della cucina. Garantirne l'igiene e evitarne gli sprechi. Come congelare e scongelare.
6. Lo sport e l'alimentazione quanto consumiamo durante il giorno con le varie attività che svolgiamo, i pasti da consumare prima e dopo l'allenamento.
7. Ultima lezione di chiusura in cui ripetere i test scelti più questionari di gradimento.

B. Lezioni di formazione con in genitori e professori

- I. La prima lezione si parlerà della corretta alimentazione in modo da dare risposte coerenti sia se vengono da professionisti che da professori o genitori. In questa prima lezione si parlerà della, frequenza e qualità degli alimenti che mettiamo in tavola e l'importanza della convivialità del pasto.
- II. Seconda lezione su cosa sono i DCA, come riconoscerli e l'esistenza della rete e si somministreranno i questionari di gradimento.

C. Stabilire uno sportello di psico-nutrizione per ragazzi e famiglie per avere un consiglio sui dubbi sull'alimentazione e sui disturbi dell'alimentazione. Lo sportello servirà come punto di ascolto per tutta la durata del percorso in modo da poter rispondere a richieste inerenti al rapporto problematico con il cibo, incontrare i genitori e placare situazioni difficili ad esso correlate, se necessario o richiesto indirizzare verso la rete di servizi che si occupa nello specifico di disturbi del comportamento alimentare.