



FORSALUS

FORMAZIONE E PROPOSTE PER LA SANITÀ E LA SALUTE

Se il cibo divora la mente

ForSalus - Allegato n. 2 e-Sanit@ 2016 - Registr. Trib di Vicenza aut. 11/14 del 20/10/2014 - N° iscrizione ROC 25362
Pubblicazione e-Sanit@ redatta in collaborazione con il CEFPAS (Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario)



e-Sanit@

Management dell'e-Healthcare

www.esanitanews.it



Le prigionie del cibo

**I Disordini Alimentari: dalla Formazione alla
appropriatezza delle cure**

La costruzione di una rete regionale integrata

7 – 8 ottobre 2016

SEDE DEL CONVEGNO

**CEFPAS, Aula Giovanni Paolo II
Cittadella Sant'Elia – via G. Mulè, 1
Caltanissetta**

Regione Sicilia



Assessorato della Salute





Verso il superamento dell'autofagia cognitiva in Sanità

La diffusione cognitiva di un corretto stile di vita, sia esso afferente all'ambito di comportamenti alimentari sia invece riferito all'evoluzione soggettiva e al benessere psico-fisico, in termini più generali, poggia, per la sua efficacia, sulla necessità di una forte base valoriale e culturale.

Ma nuovi valori e nuove culture richiedono, per consolidarsi, della disponibilità mentale a rimettersi in gioco sistematicamente e a rispettare il principio della Salute, della Cura e del Benessere.

Se da una parte, esemplificativamente, l'anoressia, la bulimia, l'obesità, l'ortoressia rappresentano alcune delle principali patologie riconducibili ai disturbi del comportamento alimentare anche l'autofagia quale tendenza a mordere se stessi ovvero a rappresentare lo stato di un organismo che in condizioni di totale digiuno, consuma ogni propria risorsa, costituisce una insidiosa deviazione verso la ricerca di una rapida quanto insana dimensione estetica.

L'autofagia inoltre, in una sua accezione metaforica connessa alla conoscenza vede anche una nuova declinazione interpretativa.

Come la storia e l'esperienza ci hanno insegnato, sia a livello affettivo che economico- professionale, possiamo affermare che nella vita non si diventa cognitivamente ricchi per sempre.

Tale ricchezza deve essere sistematicamente mantenuta e per questo motivo ha bisogno di attenzione innovativa, di generatività, di ricerca, di sviluppo di conoscenze in un'ottica pragmatica e applicativa e, soprattutto in ambito organizzativo e professionale, di orientamento consapevole alla competitività e al miglioramento continuo.

La ricchezza, interna ed esterna, soggettiva e plurale, etica ed estetica necessita, per essere conservata e sviluppata, soprattutto in ambito medico e sanitario, di acquisire e implementare risorse, conoscenze, culture e approfondimenti. Sapere è Potere e rappresenta il presupposto per aumentare le proprie possibilità di scelta e di azione, sia come individui che come organizzazioni, sia come sistemi socio-economici che in qualità di entità pensanti in modo divergente.

La crisi economico-finanziaria che ha contraddistinto gli ultimi otto anni e che ancora oggi mostra, seppur in modo magmatico, i suoi inconfondibili effetti ha poi determinato, in un quadro di emozioni caratterizzate da paura, attesa, e rabbia, la trasformazione, in diversi quadri delle imprese pubbliche e private e, più in generale, nei professionali della più classica autoreferenzialità, in forma che ho definito alcuni anni fa autofagia cognitiva, dove l'autofagia rappresenta come già sopra evidenziato, la tendenza ad autoalimentarsi, digiunando e utilizzando esclusivamente le proprie riserve.

Questo comportamento, che determina, a livello fisico, indubbi effetti di tossicità, può vedere una sua manifestazione simile anche solo a livello cognitivo, quando un soggetto, individuale o plurale che sia, comincia a "nutrirsi" delle conoscenze già acquisite, decidendo di non aprirsi a nuovi spazi cognitivi, a nuove esperienze intellettuali, ma di vivere senza investire in momenti di elevato tasso di elaborazione della conoscenza. Gli strumenti multimediali e le pur discutibili programmazioni radio – televisive hanno particolarmente ridotto il pericolo autofagico assoluto a livello cognitivo, ma è la dimensione motivazionale, soprattutto nei momenti critici della propria evoluzione soggettiva, che ricopre una fondamentale importanza nell'acquisizione di un atteggiamento, anche inconsapevole, orientato a non fertilizzare la propria mente e a contaminarla positivamente con contesti esperienziali cognitivamente elevati.





Verso il superamento dell'autofagia cognitiva in Sanità

Di fronte quindi a questi disturbi del comportamento di "alimentazione cognitiva", la formazione in sanità, se da un lato dovrà sistematicamente affinare le proprie competenze professionali perfezionando gli approcci metodologici, integrando le dimensioni contenutistiche e scientifiche, rendendo congruenti, a livello valoriale e identitario, le logiche per l'evoluzione degli apprendimenti, dall'altra avrà il rilevante compito socio – culturale, di contribuire a combattere l'affermarsi di forme di autofagia cognitiva che rappresentano la dimensione più elevata e patologica di quella autoreferenzialità così diffusa nel nostro Paese, talvolta anche in chi ricopre ruoli di responsabilità nelle organizzazioni sanitarie.

Occorrerà quindi sviluppare anche nuove logiche, modelli ed esperienze in grado di contribuire efficacemente al superamento dei differenziati processi autoreferenziali, nella consapevolezza che la chiusura in se stessi e la ricerca nelle proprie riserve cognitive e nella propria soggettività delle risorse per affrontare la pur critica realtà circostante siano il presupposto per iniziare a depauperare quella ricchezza delle conoscenze possedute che, al contrario, cresce e si potenzia virtuosamente soprattutto con la contaminazione reciproca, con lo sviluppo e la diffusione di forme evolute di Medicina Narrativa e con il rifiuto di ogni forma di anoressia intellettuale e riflessiva.

Pier Sergio Caltabiano, Direttore della Formazione CEFPAS



ForSalus – Allegato n. 2/2016
eSanit@ Management dell'eHealthcare
Registrazione Tribunale di Vicenza n.532/14 del 26/02/2014

Hanno collaborato a questo numero:

Antonio Bongiorno
Valentina Botta
Pier Sergio Caltabiano
Massimo Caruso
Consult@Noi
Laura Dalla Ragione
Maria Concetta D'Arma
Margherita de Bac
Daniela Falconeri
Mariella Falsini
Cristina Lanzarone
Laura Mandolesi
Valentina Mini
Angela Molinari
Lucrezia Notarbartolo
Roberta Pacifici
Maria Vicini

Direttore responsabile: Mario Dall'Angelo
Direttore editoriale: Pier Sergio Caltabiano
Redazione: redazione@esanitanews.it
Progetto grafico: Sara Orlandi
Contributi fotografici: Micaela Zuliani

Contatti: comunicazione@esanitanews.it
Abbonamento annuale 50 euro
Richiesta abbonamenti: comunicazione@esanitanews.it
Edizioni SudSanità SAS . Via Alberto Mario 44 – 95127 Catania



Sommario

Il business della cattiva alimentazione pag. 6



I disturbi del comportamento alimentare. Un'epidemia della modernità pag. 9

Cibo, cervello e comportamento pag. 13

La glassa sulla torta? pag. 16

Prigionieri dell'informazione pag. 21



**Il numero verde nazionale
SOS disturbi alimentari 800-180969 pag. 22**



DCA. Il percorso assistenziale della realtà siciliana pag. 25



**Buone pratiche di salute: il programma Formazione,
Educazione, Dieta, FED della Regione Siciliana pag. 29**

**Tempestività e continuità nelle cure.
Questo recitano "Le buone pratiche di cura nei DCA" pag. 32**

Educazione alimentare. L'importanza della scuola pag. 34

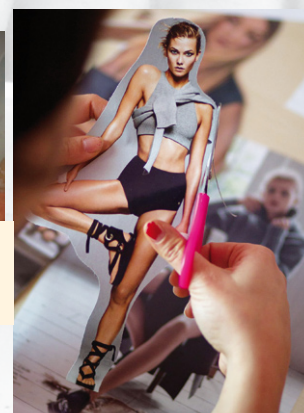
**Allattamento al seno. Ritorniamo al cuore
della relazione affettiva e nutrizionale pag. 37**



Il pane che cambierà il mondo pag. 40



**Nessuno se n'è accorto. Un progetto fotografico
che va oltre gli stereotipi pag. 41**



Il Business della cattiva alimentazione

I costi sanitari e il ruolo dell'Industria alimentare

Quanto costa la cattiva alimentazione? Presto detto.

Quaranta i miliardi investiti ogni anno in Italia per sostenere le spese sanitarie dovute alla sovr'alimentazione (Dati XIV Congresso Internazionale di psicologia 2015). I costi diretti legati all'obesità rappresentano una quota compresa tra il 2 e l'8% dei costi sanitari totali a livello mondiale (OMS); la spesa sanitaria sostenuta da un obeso è in media il 25% più alta di quella di un soggetto normopeso (Withrow e Alter, 2010). Lo studio più ampio svolto su 16mila bambini per due anni dalla Commissione Europea Idefics (Identificazione e prevenzione di effetti dietetici e stile di vita indotti in giovani e bambini) registra un primato "tutto italiano" che riguarda il sovrappeso e l'obesità nella fascia d'età tra i 6 e i 9 anni. Il PNP 2014-2018 avverte la popolazione italiana degli effetti dovuti alla "transizione nutrizionale", cioè al passaggio verso regimi alimentari ad alto contenuto energetico, favoriti "dal parallelo aumento, dal lato dell'offerta, di produzione, promozione e vendita di cibi pronti e di alimenti ricchi di grassi, sale e zucchero e dalla significativa riduzione, anche a causa dell'urbanizzazione, dei livelli di attività fisica nella popolazione".

Le ricerche internazionali pubblicate su Lancet correlano il sovrappeso a un quoziente intellettivo d'intelligenza più basso e a una probabilità di depressione più alta per i bambini. Se la maglia si allarga agli adulti in sovrappeso, le cifre lievitano. Complessivamente il 46,4% della popolazione italiana è in eccesso ponderale. Il Rapporto Osserva Salute 2015 ha riportato un incremento del "peso" della popolazione italiana dal 33,9 al 36,2% e un ulteriore aumento della percentuale delle persone obese al 10,2% (dati 2001-2014). I bambini tra gli 8-9 anni di età in sovrappeso sono il 20,9% della popolazione, e il 9,8% è rappresentato da quelli che soffrono di obesità; 2,2% sono i bambini gravemente obesi. La prevalenza è costante nelle Isole e nel Sud Italia rispetto alle regioni del Nord, dove però le percentuali sono in crescita. Nel periodo 2005-2014, inoltre, la porzione di frutta e verdura consumate dagli italiani si sono ridotte del 5%. Sono 7,7 milioni gli italiani che dichiarano di essere a dieta, sempre (dati "Il burden of disease dell'obesità in Italia"). Contemporaneamente, l'Istituto Superiore di Sanità registra l'aumento del numero di italiani affetti da disturbi dell'alimentazione (bulimia nervosa, anoressia, binge eating), spesso ad esordio precoce. Altre ricerche stimano che l'8% dei bambini e il 2% della popolazione soffra di reazioni avverse a uno o più cibi. Da una recente indagine è emerso che 7 italiani su 10 non digeriscono il lattosio, mentre 1 italiano su 100 soffre di celiachia. Ma non era "solo" cibo? Quello che sembra essere diventato il rompicapo più difficile dei nostri tempi potrebbe trovare una soluzione più che evidente. Si scrive "Industria alimentare". Concetto raffinato che rimanda alla modernità e alla capa-



cità delle imprese costruite dall'uomo di trasformare cooperativamente e mediante biotecnologie i prodotti agricoli. Ma il diavolo, come sempre, è nei dettagli e dietro il buonismo di maniera di una definizione tecnica, si nasconde la più grande lobby del nostro secolo. Mentre 795 milioni di persone nel mondo muoiono di fame (dati ONU WFP2016) alla tavola del mondo siedono 10 superpotenze che raggruppano ben 500 marchi, spesso conosciuti singolarmente dai consumatori. La recente fusione Bayer-Monsanto è solo un esempio di cosa, ad esempio, si nasconde sotto il cappello di Mondelez (per gli amici Kraft) o della Nestlé (che controlla l'italianissima Buitoni) o ancora della Unilever o della famigerata Coca-Cola. Nel mondo globalizzato dove l'hamburger è il cibo (!!!) universalmente più consumato dalle famiglie, il 38% della popolazione dai 20 anni in su è sovrappeso e il 12% è obeso e si vergogna di esserlo, i multimilionari interessi delle 10 superpotenze del cibo si sono dovuti re-

centemente concentrare sulla salute delle persone. Ma solo per non perdere gli utili. Se la più grande azienda farmaceutica al mondo acquista la più grande multinazionale produttrice di sementi OGM e pesticidi per 66 miliardi di dollari, vorrà pur dire qualcosa. Ecco spiegato cosa: più di 450 miliardi di dollari di fatturato annuo e 7.000 miliardi di capitalizzazione. Nell'antichità il cibo descriveva l'identità dei popoli: la polenta di farro era "il cibo italico per eccellenza agli occhi dei greci, grandi consumatori di pane che consideravano barbare le popolazioni che mangiavano carne cruda". Se è vero che "l'uomo è ciò che mangia", il più grande scacco che le multinazionali abbiano compiuto ai danni delle popolazioni mondiali, negli anni, è stato il progressivo depauperamento - con esproprio - delle tradizioni alimentari e culinarie e la scomparsa dei riti di passaggio e delle tradizioni legate al cibo e alla terra madre e la creazione di un cibo calorico e privo di nutrienti, che si conserva nel tempo sfidando le più co-



muni norme del buon senso. E Sotto gli occhi di tutti. Perciò chissà cosa avrebbe detto Petronio se avesse ricevuto la lettera spedita dall'Unione Europea, neanche troppo tempo fa – giugno 2015 – al Governo Italiano e contenente una messa in mora per infrazione finalizzata ad imporre nel nostro Paese «la fine del divieto di detenzione e utilizzo di latte in polvere, latte concentrato e latte ricostituito nella fabbricazione dei prodotti lattiero-caseari». Un "Chissenefrega" in eurovisione alla Legge n.138 del 1974 che ha garantito le esportazioni italiane fino ai giorni nostri. Formaggi senza formaggio, insomma. E, in fondo, come recitava un mantra del moderno pifferaio "che mondo sarebbe senza...". Già, senza gli obesi e le persone in sovrappeso? Così anche loro sono stati un po' gonfiati, con arte istituzionale, come il cacio senza latte. Tutto è cominciato il 3 giugno 1997. Quel giorno l'Organizzazione Mondiale della Sanità si riunì a Ginevra per un summit che costituirà la base di tutti i report sull'obesità "non solo come catastrofe sociale ma come "epidemia" mondiale". Milioni di persone si sono svegliate, all'indomani, scoprendo di essere "a rischio" perché il temutissimo BMI o indice di massa corporea fu improvvisamente è abbassato

da 27.3 a 25 per entrambi i sessi. "È accaduto con la pressione sanguigna ottimale (abbassata da 90-140 a 80-120), la glicemia (da 150 a 126), il colesterolo (da 250 a 220, con addirittura pressioni per portarla a 200 o a 180)"(G.Calabrese, 2014). Chi è il colpevole? L'industria alimentare che si è anche fatta beccare con l'olio di palma in mano. Ma i più grandi giocatori di poker al mondo hanno mazzi di carte nascosti in ogni tasca, prima che qualcuno scopra il trucco. Presto fatto.

Il rapporto COOP stima che il giro d'affari annuo dei prodotti senza glutine e di quelli a base di cereali alternativi al frumento (soia, kamut, farro, ecc) ammonti a poco meno di 250 milioni di euro l'anno, con incremento dei volumi negli ultimi 12 mesi pari al 18%. Le 10 grandi superpotenze del cibo si sono subito attrezzate per accogliere le nuove tendenze in fatto di wellness e salute alimentare. Un caso per tutti alla ribalta delle cronache neanche troppo recenti è Slimfast, cibo liquido sostitutivo inventato dal chimico e imprenditore Danny Abraham, acquistato dalla Unilever, proprietaria a sua volta del brand Ben&Jerry e delle salsicce Wall's. O ancora la multinazionale Nestlé che produce dolci e gelati ha acquistato il mar-

chio americano delle diete per eccellenza Jenny Craig.

Come un moderno Giano bifronte, l'industria alimentare ha la forma dell'acqua e scava nuovi alvei per raggiungere nel più breve tempo possibile il suo oceano. Le multinazionali sono diventate leader del mercato della perdita di peso estendendo il business a palestre, prodotti per diete alla moda: vegana, crudista, paleolitica, emetica, a zona, Dukan, dei tre giorni, Oh MY GoD! etc.. Sulle confezioni del solito pornfood campeggiano etichette verdi o azzurrine, da sempre associate alla natura e alla salute. Le multinazionali del cibo producono panini che ricordano produzioni locali e condimenti che appaiono aderenti ai più stretti dettami vegan, frutta in pezzi (senza vitamine volatilizzate nei primi dieci minuti di lavorazione) e coca con stevia, zucchero di estrazione naturale successivamente raffinato e sulle cui proprietà salutari è in atto un enorme dibattito a livello mondiale.

La buona notizia è che le grandi corporazioni continuano a perdere peso. Ma purtroppo non scompaiono e sponsorizzano grandi eventi sull'alimentazione planetaria. McDonald's ha tuttavia dovuto cambiare amministratore delegato dopo nove trimestri di calo delle vendite, quelle della Kellogg's (che usa farine Monsanto per capirci) diminuiscono da sette trimestri, gli utili della Kraft si sono ridotti del 62 per cento nel corso dell'ultimo anno, la Coca-Cola ha lanciato un piano per risparmiare 3,3 miliardi di euro in cinque anni.

Ma i criceti continuano a girare sulla ruota del cibo in battere e in levare, dimagriscono e ingrassano un giro d'affari che arriva fino a 200 miliardi di dollari l'anno. Il tempo in cui "sai cosa bevi" sembra essere decisamente finito. Meditate gente.. meditate!

Valentina Botta



FORSALUS
FORMAZIONE E PROPOSTE PER LA SANITÀ E LA SALUTE



I disturbi del comportamento alimentare. Un'epidemia della Modernità

Le idee, com'è noto, nascono dalla vita, ma finiscono per distaccarsi da essa. Acquistano una loro propria e autonoma esistenza.

Crescono su se stesse, si moltiplicano generando altre idee, si diffondono a volte con grande velocità (come accade in una epidemia), a volte molto lentamente, alternando periodi di stasi ad improvvise accelerazioni. Difficilmente si estinguono senza lasciare tracce. Sono soggette a mutazioni e si inseriscono nei processi evolutivi della cultura. Le idee hanno una loro forza: diventano modi di pensare, generano comportamenti. Attraverso processi a volte molto lineari, a volte estremamente complicati, incidono sulla vita e sul destino dei singoli, li orientano e li modificano. Dapprima nuove o addirittura "eversive", molte idee diventano, con il trascorrere del tempo, senso comune. Si trasformano anche in luoghi comuni, che, come tali, non vengono più discussi, ma pacificamente accettati e, con grande, quasi incredibile monotonia, instancabilmente ripetuti.

I disturbi alimentari sono il primo esempio di malattia globalizzata, ancorati come sono alle nostre idee sul corpo e sull'alimentazione. Si diffondono a macchia d'olio contemporaneamente ai nostri modi di pensare, ai nostri stili di vita: sono a tutti gli effetti "una epidemia della modernità".

In Italia, si stima che i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) coinvolgano approssimativamente tre milioni di persone. Parlando dell'epidemiologia di questi disturbi bisogna però sottolineare la difficoltà di avere dati certi sulla situazione italiana, per carenza di letteratura scientifica nazionale a riguardo.

Secondo dati aggiornati a novembre del 2013, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa (AN) e della Bulimia Nervosa (BN) nel nostro paese sarebbe rispettiva-

mente dello 0.2%–0.8% e dell'1%–5%, in linea con quanto riscontrato in molti altri paesi.

La patologia ha subito anche una forte modificazione: si è abbassata fortemente l'età di esordio con quadri frequenti della patologia in bambini di 8-10 anni, comparsa di forme nuove come l'ortorexia (ossessione del mangiare sano), i Disturbi alimentari maschili, la presenza di molti disturbi di confine, l'aumento del Disturbo da alimentazione incontrollata.

Il nuovo DSM V¹ ha facilitato e consentito l'inquadramento di molte di queste forme, tra cui tutti i Disturbi Non Alimenti specificati e in particolare il Binge Eating disorder, che non aveva dignità nosografica in precedenza².

Accanto all'aumento esponenziale di queste patologie abbiamo anche una enorme difficoltà a garantire l'assistenza in modo appropriato e omogeneo. Il quadro italiano rispetto ai percorsi terapeutici è decisamente a macchia di leopardo, con poche regioni che garantiscono una rete completa di assistenza, mentre per la maggior parte dei cittadini curarsi è davvero un'odissea.

I DCA ci conducono all'interno delle con-

traddizioni più inquietanti del corpo femminile e negli ultimi anni ormai anche di quello maschile: sia l'illusione che la magrezza possa essere garanzia di felicità e sicurezza di sé sia la lontananza dal corpo, la manipolazione e la perdita dei confini dell'identità corporea, favoriscono l'elaborazione di un'idea meccanicistica e riduzionistica del corpo quale macchina da smontare e rimontare. La base psichica che fonda il disturbo è questa idea onnipotente di controllare corpo, emozioni e anima, che è rinforzata dalla reale possibilità, qui e ora, di farlo e dal consenso etico condiviso dal mondo globale. La dimensione corporea di queste giovani donne, ma in fondo condivisa da tutte le donne del nostro tempo, è apparsa come una forma di ideologia ancora più potente, nella deriva di tutte le ideologie del postmoderno, ancora più pericolosa. Il corpo è oggi il luogo dove si esprime e dove si esercita la maggiore repressione, quella più insidiosa, trasversale, nella normalità della vita e in ogni luogo del pianeta. Contrastare questi disturbi significa anche modificare realmente il nostro modo di pensare e abitare il corpo, e aiutare milioni di giovani a non essere perennemente esuli da loro stessi.



¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), American Psychiatric Association (APA) 2013

² Prigionieri del Cibo. Come prevenire e curare il Disturbo da alimentazione Incontrollata, a cura di Laura dalla Ragione e Simone Pampanelli. Il Pensiero Scientifico editore 2016.



La complessità di tali premesse fa capire come mai la cura dei DCA, ad ogni livello di trattamento, è indispensabile che si svolga all'interno di una équipe terapeutica multidisciplinare, la quale costituisce il fondamento stesso del trattamento.

L'approccio multidisciplinare integrato, che prevede l'associazione del trattamento psicoterapeutico con quello nutrizionale, viene indicato come imprescindibile, proprio poiché tali disturbi sono il risultato di condizioni che appartengono, appunto, alla dimensione psichica e a quella nutrizionale. Durante il percorso terapeutico bisogna costantemente tenere conto del fatto che le condizioni mediche critiche e la malnutrizione grave, se presenti, impediscono di effettuare un lavoro a livello psicologico e che se al cambiamento del comportamento alimentare patologico non corrisponde un cambiamento degli atteggiamenti psicologici profondi i risultati del trattamento non dureranno nel tempo, determinando una cosiddetta "guarigione sintomatica" e successive ricadute nel disturbo.

L'équipe è pertanto composta da diverse figure professionali che lavorano in maniera integrata a 360 gradi: medici (nutrizionisti, internisti, psichiatri/neuropsichiatri infantili, endocrinologi), dietisti / nutrizionisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, OSS, fisioterapisti.

Tutte le figure professionali coinvolte nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento dei DA devono presentare una formazione specialistica nel campo. Trattandosi di una équipe multidisciplinare, la formazione sarà specifica per ogni figura professionale, ma è opportuno che i professionisti sappiano lavorare in maniera integrata e utilizzino un linguaggio comune. Ognuno deve infatti attendere al proprio ruolo, ma deve conoscere anche il lavoro che svolgeranno i propri colleghi, affinché si sviluppi un lavoro sinergico e non vi sia uno sbilanciamento del trattamento sul versante psichico



rispetto a quello clinico-nutrizionale, e viceversa.

Di grande interesse negli ultimi anni sono tutte le terapie che coinvolgono a diversi livelli la famiglia, soprattutto nel trattamento degli adolescenti affetti da DCA

molte sono le evidenze scientifiche sulla maggiore efficacia delle terapie basate sulla famiglia (Family based Therapy)³.

La letteratura scientifica e gli studi di follow-up ci confermano che la prognosi viene influenzata, non solo dalla gravità

3 Le Grange D, Lock J (2010) Family-Based Treatment for Adolescents with Bulimia Nervosa. In: Grilo CM Mitchell JE, (eds). The Treatment of Eating Disorders. A Clinical Handbook. New York: The Guilford Press.



del quadro clinico ,ma anche dalla precocità dell'intervento e dalla continuità assistenziale. Il primo elemento è che, se riusciamo ad intervenire nel primo anno di storia della malattia le percentuali di guarigione sono altissime, successivamente diminuiscono e pur trattabili i quadri clinici necessitano di trattamenti più lunghi e intensivi. Il secondo elemento è la continuità assistenziale : i DCA sono patologie che necessitano di trattamenti complessi e della durata di almeno due anni. Possono essere necessari vari livelli di trattamento :ambulatoriale , semiresidenziale , residenziale , ospedaliero. Tutti necessari nelle diverse fasi attraversate dal paziente, questo significa che in ogni regione dovrebbe essere presente una rete di intervento, completa in tutte le sue parti che possa consentire delle cure accessibili ai pazienti , senza costringerli ad interminabili viaggi della speranza.

Negli ultimi anni risulta sempre più chiaro che il ruolo del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) è cruciale nella rete per la prevenzione, diagnosi e cura dei DCA. Le potenziali aree di intervento in cui



possono intervenire sono molteplici, ma tutte cruciali nella gestione dei pazienti a rischio o affetti da tali patologie . Innanzitutto i medici di base e i pediatri hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione primaria dei DCA ,poiché sono

i primi che possono effettuare interventi volti alla promozione di comportamenti alimentari sani, sia con i pazienti che con i familiari. Essi possono inoltre agire precocemente sui comportamenti che possono favorire lo sviluppo di DCA, come diete ipocaloriche o sbilanciate, iperattività fisica, discontrollo alimentare.

Tali figure hanno inoltre il delicato compito di gestire pazienti con patologie metaboliche predisponenti, come l'obesità (infantile, adolescenziale o adulta), celiachia, diabete.

Attualmente l'intervento dei medici di base e dei pediatri viene considerato come il primo livello di intervento nella rete dei DCA. Tale considerazione deriva dal fatto che, se essi sono adeguatamente formati, sono in grado di identificare precocemente i nuovi casi ,fare diagnosi precoce e procedere con l'invio ai servizi specializzati. Purtroppo dalla Ricerca multicentrica nazionale 2008-2010 " Le Buone Pratiche nella prevenzione e nella cura dei DCA "del Ministero della Salute emerge che solo il 18% dei casi clinici di DCA viene identificato a livello della medicina di base .

Di recente (2015) L'Istituto Superiore di Sanità ha promosso e organizzato un Corso di Formazione a Distanza dal titolo "Di-



sturbi del Comportamento Alimentare: diagnosi precoce e appropriatezza delle cure” rivolto la maggior parte delle figure professionali sanitarie che possono essere coinvolte nella prevenzione, diagnosi e

trattamento dei DA. Il Corso FAD, essendo incentrato sulla diagnosi precoce, è stato pensato in particolar modo per i MMG e i PLS, e dai primi dati disponibili emerge una grande carenza formativa riguardo ai

DA soprattutto nell’area pediatrica. Questo comporta inevitabilmente il rischio di ritardare la diagnosi e l’inizio delle cure, entrambi principali fattori in grado di influenzare la prognosi del DA.

Il progetto nazionale Le Buone Pratiche nella cura e nella prevenzione dei DCA, nella specifica parte relativa alla “cura”, aveva tra i suoi compiti la costruzione di una mappa dettagliata, organizzata per singola Regione e singola Provincia, in grado di fornire indicazioni sulle caratteristiche organizzative, sulla tipologia di prestazioni e sul livello di integrazione tra i diversi servizi afferenti alla stessa realtà organizzativa. La mappa, aggiornata e dettagliata dei servizi pubblici e convenzionati su scala nazionale, e delle associazioni dedicate, che da anni operano nel territorio italiano nell’ambito dello studio e ricerca sui DCA, è stata pubblicata e resa disponibile sul sito www.disturbialimentarionline.it.

Per rendere ancora più accessibile ai cittadini queste informazioni, dal 2011 è attivo un Numero Verde Nazionale SOS Disturbi Alimentari 800180969 a cura della Presidenza del Consiglio e dell’Istituto Superiore di Sanità e gestito dalla USL 1 dell’Umbria. Tale servizio, ormai molto conosciuto in Italia, attivo sulle 24 ore dal lunedì al venerdì, fornisce counseling e informazioni utilissimi a pazienti, familiari, operatori sanitari che vi si rivolgono. I dati di attività di questo servizio ci restituiscono, in uno spaccato dell’Italia dal Nord al Sud, che ancora è molto lunga la strada per garantire equità di cure a tutti coloro che soffrono di queste insidiose patologie.

Laura Dalla Ragione,
Psichiatra, Direttore Rete DCA
USL 1 dell’Umbria
Docente Campus Biomedico
Roma.



Cibo, cervello e comportamento

In questi ultimi anni si parla sempre più frequentemente degli effetti positivi di una sana alimentazione sull'organismo trascurandone gli enormi benefici sulla salute mentale e sul comportamento.

Quando poi si analizza questo aspetto, non sempre si considera lo stretto legame che esiste tra cibo, cervello e comportamento. Infatti, spesso ci si dimentica di sottolineare che le nostre scelte alimentari sono mediate da specifici circuiti neurali all'interno del nostro cervello che a loro volta risentono dell'influenza di altri circuiti nervosi non coinvolti direttamente con il cibo ma che condizionano la motivazione verso o contro di esso. Inoltre, sta emergendo l'evidenza che anche alcuni nutrienti acquisiti con l'alimentazione agiscano su specifici circuiti cerebrali, potenziandone il funzionamento. Da un punto di vista comportamentale, tale azione si traduce, a volte, in un miglioramento di alcune funzioni cognitive, come l'apprendimento e la memoria, altre volte, con una messa in atto di comportamenti ossessivi e compulsivi.

Per riuscire a comprendere a fondo i meccanismi che regolano le nostre scelte alimentari, iniziamo con il dire che alla base di ogni nostro comportamento ci sono sempre due neuroni che comunicano tra di loro. Ogni comportamento, infatti, ha dietro di sé diversi processi cerebrali, come ad esempio quelli sensoriali, motori, cognitivi, emozionali, motivazionali, ecc ed è proprio dalla loro interazione che immagazziniamo esperienze, pensiamo, sentiamo, agiamo e, non da ultimo, mangiamo. Anche il mangiare quindi è un comportamento e come tale presenta vari livelli di complessità e, di conseguenza, di elaborazione neuronale.

Per semplicità possiamo affermare che l'assunzione di cibo può richiedere un lavoro neuronale molto semplice quando ci alimentiamo per necessità, mentre diventa più complesso se ci facciamo influenzare dall'ambiente che ci circonda, come quando mangiamo un dolce solo perché siamo nervosi o perché abbiamo visto una pubblicità accattivante. Non sempre quindi mangiamo per bisogno, anzi spesso, troppo spesso, ci facciamo

influenzare da pensieri, da fatti, da opinioni e mangiamo per piacere. Nel primo caso si dice che mangiamo per fame, nel secondo per appetito. A tal proposito, i ricercatori che studiano i sistemi di regolazione alimentare hanno evidenziato che questi due processi appartengono a meccanismi biologici distinti, ma al tempo stesso complementari. Il processo

la massa grassa e risultano generalmente superiori negli individui obesi ed inferiori in quelli magri.

Essendo poi correlati con l'assunzione di cibo, si innalzano dopo un pasto e diminuiscono a digiuno. Anche l'insulina è correlata con l'assunzione di cibo e ci informa che siamo "troppo sazi". Rilasciata nel circolo sanguigno dalle cellule del pancreas,



che regola la fame trova i suoi correlati neuronali in alcuni neuroni dell'ipotalamo, una struttura del cervello implicata nell'omeostasi che mette il sistema nervoso centrale in comunicazione con il sistema endocrino. In realtà, l'ipotalamo regola anche i meccanismi sottostanti la sazietà.

I segnali di fame e sazietà sono generati anche da precisi segnali interni all'organismo e soprattutto dall'azione di moltissimi ormoni che più o meno direttamente influenzano i neuroni ipotalamici. Quando avvertiamo i cosiddetti "morsi della fame" è perché lo stomaco, per fronteggiare i bassi livelli di glucosio nel sangue dopo un periodo di digiuno, produce alte concentrazioni di grelina. La sensazione di sazietà è, invece, regolata dalla leptina, che viene rilasciata dalle cellule del grasso, gli adipociti. Per questo motivo i livelli ematici di leptina sono in relazione con

regola la quantità di glucosio nel sangue, ripristinando i valori glicemici.

Quando c'è troppo glucosio si verifica un aumento di insulina e, anche grazie a quei neuroni dell'ipotalamo i cui recettori sono molto ricchi di insulina, avvertiamo la sensazione di sazietà. Il glucosio è molto importante perché è il principale substrato del metabolismo energetico cellulare senza il quale il cervello non funzionerebbe, ma ad alti livelli può essere pericoloso. È per questo motivo che quando il glucosio si alza eccessivamente subentra lo stimolo della troppa sazietà.

Quando invece i livelli di glucosio si riducono drasticamente si innesca lo stimolo della fame e cerchiamo il cibo.

Oltre a questi segnali, l'assunzione di cibo è regolata anche dal nostro umore.

Un esempio è la serotonina, un neurotrasmettitore prodotto dalle cellule nervose



che agisce su diversi sottotipi di recettori presenti nel cervello. Sappiamo che la serotonina, oltre a favorire buon umore, determina un precoce segnale di sazietà. Il precursore della serotonina è l'aminoacido triptofano i cui livelli cerebrali dipendono dalla quantità presente nel sangue e dall'efficienza del suo trasporto attraverso la barriera ematoencefalica. Il triptofano nel sangue proviene dall'assunzione di alcuni alimenti, tra cui la banana e il cioccolato, e in particolar modo dai cibi altamente proteici, per cui una dieta con il giusto contenuto proteico porterà ad un incremento dei livelli ematici di triptofano con un conseguente aumento di serotonina e quindi di buon umore. Tuttavia è profondamente sbagliato seguire un regime alimentare fortemente proteico per assaporare il senso di benessere. Infatti, dopo un pasto altamente proteico si verifica un rapido decremento di triptofano.

Tale fenomeno è stato interpretato come un trucco evolutivo per spingerci a mangiare diversi nutrienti. Infatti, quando ingeriamo troppe proteine entrano in gioco anche altri aminoacidi che ostacolano l'ingresso di triptofano nel cervello. Invece, se in un pasto inseriamo anche i carboidrati, l'insulina rilasciata dal pancreas in risposta ai glucidi riduce i livelli di questi aminoacidi e permette al triptofano

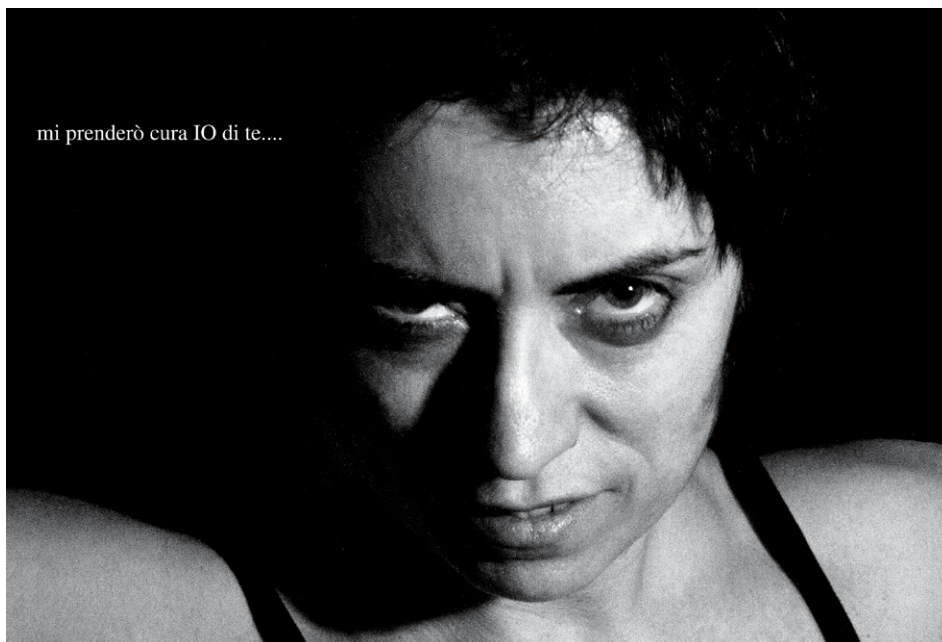
di attraversare in maniera indisturbata la barriera ematoencefalica. Non dobbiamo dimenticare però che i livelli di serotonina come quelli di altri neurotrasmettitori non dipendono solo dall'alimentazione, ma anche e soprattutto dallo stile di vita che conduciamo, ad esempio, dall'attività fisica che facciamo e da quanto dormiamo. Anche la temperatura corporea entra in gioco come meccanismo di regolazione della fame. Infatti, una riduzione della temperatura corporea sembra agire da stimolo sul centro della fame, viceversa un aumento su quello della sazietà. Lo

stesso vale per modificazioni della temperatura ambientale: d'estate al mare, di certo, non mangeremo una polenta coi funghi e gulasch.

I processi che regolano l'appetito, invece, dipendono principalmente dai circuiti cerebrali che utilizzano come neurotrasmettitore la dopamina, considerata per questo anche il "neurotrasmettitore del piacere". Tali processi si innescano con meccanismi completamente diversi da quelli che regolano la fame e la sazietà perché risentono fortemente delle influenze ambientali e di "schemi mentali" talmente tanto radicati che spesso non riusciamo a modificare. I livelli di dopamina si innalzano quando vediamo o immaginiamo di mangiare una fetta di torta che ci piace e, restano alti, finché non ne soddisfiamo il desiderio.

In condizioni prive di patologie, dopo aver soddisfatto il desiderio, dopo aver mangiato la fetta di torta, si attivano altri circuiti cerebrali mediati da differenti neurotrasmettitori e proviamo una sensazione di gratificazione e benessere indotta anche dal rilascio delle endorfine. Queste sostanze endogene contribuiscono fortemente a consolidare le connessioni neuronali che si sono create durante l'esperienza che ha determinato il piacere e che probabilmente si riattiveranno quando vedremo un'altra volta quella fetta di torta.





Questi circuiti si inseriscono in strutture cerebrali filogeneticamente molto antiche e collocate all'interno del cervello che sono in comunicazione con la corteccia orbitofrontale, la porzione del lobo frontale sovrastante le orbite oculari. Spesso il comportamento ossessivo o compulsivo verso il cibo, così come tutte le dipendenze, trova nella disfunzione di questi circuiti una causa biologica. In quest'ambito, la ricerca sta facendo passi da gigante e, prima o poi, verranno scoperti nuovi target terapeutici per curare alcuni disordini alimentari.

L'esperienza modifica i nostri circuiti neuronali e, di conseguenza, i nostri

comportamenti. In quest'ottica possiamo considerare il cibo come un importante fattore ambientale in grado di modulare i nostri circuiti cerebrali. Cibi sani, inseriti in uno stile di vita salutare, possono avere effetti positivi sul cervello, potenziando le funzioni cognitive e favorendo addirittura una neuroprotezione da eventuali malattie neurodegenerative. Da sempre, ad esempio, si dice che il fosforo migliora la memoria.

Recentemente, alcuni ricercatori hanno evidenziato che le persone che consumano settimanalmente pesce al forno o alla griglia hanno maggiori volumi di materia grigia in corrispondenza delle aree

coinvolte nella memorizzazione delle informazioni. Sperimentalmente è stato dimostrato che alcuni acidi grassi innescano fenomeni di plasticità cerebrale, come la formazione di nuovi neuroni, anche nei cervelli di animali anziani e che carenze di questi nutrienti sono associate a deficit di memoria correlati ad alterazioni di specifici circuiti neuronali. Tra gli alleati del nostro cervello merita menzione anche la vitamina D che viene ottenuta con l'esposizione solare e attraverso la dieta, ma per essere disponibile ai neuroni deve trasformarsi in calcitriolo. Si è visto che se il calcitriolo viene iniettato localmente si deposita a livello delle aree che mediano le funzioni di apprendimento e memoria.

Quelli citati sono solo alcuni esempi che evidenziano come il cibo contribuisca a modulare l'efficienza dei circuiti neuronali. Non a caso dalla letteratura clinica e sperimentale sta emergendo una correlazione significativa tra obesità, magrezza e alterazione di alcune funzioni cognitive, suggerendoci che quanto più le nostre scelte alimentari saranno sane, tanto più il nostro cervello sarà "smart".

Laura Mandolesi, PhD,
Dipartimento di Scienze Motorie
e del Benessere
Università degli Studi di Napoli
"Parthenope" - IRCCS Fondazione
Santa Lucia, Roma

Per saperne di più

- Mandolesi L (2016) Cibo, cervello e comportamento. Aspetti neurobiologici. Bibliotheka edizioni.
- Bowman GL, Dodge HH, Mattek N, Barbey A K, Silbert LC, Shinto L, et al. (2013). Plasma omega-3 PUFA and white matter mediated executive decline in older adults. *Front. Aging Neurosci.* 5:92. doi: 10.3389/fnagi.2013.00092.
- Cutuli D, Pagani M, Caporali P, Galbusera A, Laricchiuta D, Foti F, Neri C, Spalletta G, Caltagirone C, Petrosini L, Gozzi L (2016). Effects of Omega-3 Fatty Acid Supplementation on Cognitive Functions and Neural Substrates: A Voxel-Based Morphometry Study in Aged Mice. *Front. Aging Neurosci.* <http://dx.doi.org/10.3389/fnagi.2016.00038>



La glassa sulla torta?

Il ruolo della “cultura” nei Disturbi del Comportamento Alimentare

Natura umana

Il limite della visione tradizionale dell'uomo come animale razionale risiede, più che nella connotazione autocelebrativa della specificazione – si chiami anima, spirito o mente –, nel pensiero dualistico che la giustifica, in termini fisici o metafisici. Laddove l'esperienza quotidiana attesta, come diceva Cartesio, “l'intima unione” e “la quasi mescolanza della mente con il corpo”, il sapere che li concerne è stato organizzato, almeno in Occidente, sulla base della loro distinzione.

L'antropologia non fa eccezione in questo panorama. Anch'essa ha costruito il suo discorso sull'uomo a partire da dicotomie fondative: natura/cultura, selvaggio/civilizzato, noi/altri, individuo/società. Nell'ultimo quarto del XIX secolo, tuttavia, queste nozioni, come molte altre della disciplina (etnia, tribù, parentela, identità), hanno subito un processo di decostruzione. L'antropologia prende atto degli effetti etici e politici di una visione oggettivante ed etnocentrica dell'alterità; recepisce i mutamenti paradigmatici del pensiero contemporaneo; si apre alla contaminazione interdisciplinare; rinnova la pratica etnografica; in molti casi rigetta un'impostazione essenzialista e fondazionalista (Malighetti, Molinari, 2016).

Significativo in tal senso un saggio dei primi anni Settanta di Clifford Geertz, “L'impatto del concetto di cultura sul concetto di uomo”. L'antropologo contesta quella che denomina la concezione “stratigrafica” e “regressiva” dell'uomo. I fattori biologici, psicologici, sociali e culturali della vita umana sono concepiti come livelli completi e mutualmente irriducibili, fondati su “punti invariabili di riferimento”, come regolarità strutturali, bisogni fondamentali, costanti neurologiche.

Secondo questa teoria la comparsa della cultura sarebbe un effetto secondario di cause organiche antecedenti, un “avvenimento improvviso” e assoluto nella filogenia dei primati. Geertz, al contrario, si avvale delle scoperte nei campi della

paleoantropologia, cibernetica e neurologia per sostenere l'ipotesi di una coevoluzione di fattori biologici e culturali. Il carattere funzionalmente incompleto del sistema biologico e nervoso suggerisce l'idea che esista un sistema di retroazione e di mutua progressione tra lo sviluppo della cultura, del corpo e del cervello. Reinterpretando la tesi di un'eccedenza dell'uomo rispetto agli altri esseri viventi, Geertz conclude che “non esiste una cosa come una natura umana indipendente dalla cultura. [...] Noi siamo animali incompleti o non finiti che si completano e si perfezionano attraverso la cultura – e non attraverso la cultura in genere, ma attraverso forme di cultura estremamente particolari” (Geertz, 1973, pp. 63-64). Da queste succinte indicazioni emerge come la cultura non sia un semplice ornamento dell'esistenza umana, una specie di “glassa” sulla torta della biologia (Geertz, 2000, p. 69), ma sua condizione essenziale e specifica. In tal senso le varietà culturali rappresentano processi di antropopoesi, forme di produzione dell'umanità (Remotti, 1999).

Antropologia del corpo

Uno dei luoghi privilegiati per vedere all'opera l'azione della cultura è certamente il corpo. Tre nozioni, in particolare, articolano una riflessione sulla corporeità che ha oramai uno statuto riconosciuto all'interno della disciplina. L'espressione “tecniche del corpo” è il titolo di un breve saggio di Marcel Mauss del 1936.

L'autore passa in rassegna i diversi “modi in cui gli uomini, nelle diverse società, si servono, uniformandosi alla tradizione, del loro corpo” (Mauss, 1936, p. 385). Dimostra che anche i gesti più semplici che compiamo abitualmente, come camminare, dormire, comunicare o mangiare, non sono affatto “naturalisti”.

Riflettono l'azione di uno specifico modellamento socio-culturale che “incorporiamo” fin dalla nascita per esposizione a un certo contesto. Pur restando su un piano descrittivo e classificatorio, le sue riflessioni pionieristiche hanno avuto il merito di svincolare il corpo da un'esclusiva concettualizzazione biologica, illuminando la natura innaturale della corporeità.



Le intuizioni di Mauss confluiscono nella "teoria della pratica" di Pierre Bourdieu. Un ruolo centrale occupa la nozione di *habitus*, risalente alla scolastica medioevale e mediata con la nozione marxiana di prassi (Bourdieu, 1972). Gli *habitus* sono insiemi di disposizioni percettive, valoriali e simboliche che apprendiamo per mimesi pratica nel processo di socializzazione. Da un lato sono strutturati dal contesto sociale.

Dall'altro, sono matrici strutturanti l'agire umano nell'ambiente in termini sensati e condivisibili. Pur essendo prodotti storici, e quindi mutevoli, gli *habitus* conferiscono regolarità e continuità alle attività sociali più ampie. Le azioni individuali si legano in modo intrinseco e non opzionale alle pratiche collettive grazie alla peculiare fisionomia corporea di tali costrutti. Una volta "fatta corpo", l'arbitrarietà culturale viene collocata al di fuori della coscienza e sottratta alla trasformazione deliberata come all'esplicitazione. Il corpo si appropria così intimamente dei saperi pratici che presiedono alla sua costruzione socioculturale da giungere a naturalizzarli, vivendoli come fossero ovvi e spontanei.

Per questo Bourdieu sostiene che l'*habitus* "è storia fatta natura", arbitrio trasformato in necessità. Se tutte le società attribuiscono grande valore ai dettagli in apparenza banali del contegno, dell'atteggiamento, dei modi corporei e verbali, è per via di una pedagogia implicita "capace di inculcare tutta una cosmologia, un'etica, una metafisica, una politica, attraverso delle ingiunzioni tanto insignificanti quanto 'stai dritto' o 'non tenere il coltello con la sinistra'" (Bourdieu, 1972, p. 245).

Nell'enfatizzare questi aspetti Bourdieu è stato accusato di trattare il corpo come un ricettacolo inerte e passivo di somatizzazione culturale, riproducendo un'altra forma di determinismo. Alcune prospettive hanno quindi espresso l'esigenza di riformulare la nozione stessa di corporeità. L'ispirazione è venuta dalla tradizione filosofica esistenzialista e fenomenologica del primo Novecento, che ha spostato l'interesse teoretico dal dualismo mente/

corpo alla correlazione fra corpo "vissuto" e mondo.

Questo passaggio ha dischiuso una nuova antropologia dal corpo, fondata sul concetto di "incorporazione" (*embodiment*). L'uomo esiste come corpo: ciascuno è il corpo che ha. Come spiega Thomas Csordas, "l'incorporazione è una condizione esistenziale in cui il corpo è la fonte soggettiva e il terreno intersoggettivo dell'esperienza" (Csordas, 1999, p. 19). Se i corpi sono plasmati culturalmente, a loro volta producono significati ed esperienze. L'incorporazione non è uno "stato" del corpo.

Un contributo determinante nel profilare il costrutto è derivato dall'antropologia medica. In aperta opposizione alla matrice cartesiana della biomedicina, Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987) parlano di un *mindful body*, un corpo pensante, cosciente e consapevole, che si relaziona attivamente al mondo sociale. Anche la malattia potrebbe essere una forma di *agency* corporea. Può essere studiata sia come una forma incarnata degli effetti iatrogeni del sistema sociale, sia come una critica politica incarnata. Il disagio del corpo è un tentativo di riposizionamento soggettivo rispetto al mondo sociale inscritto nei corpi (Scheper-Hughes, 1994).

Corpo e cultura nei DCA

I DCA si prestano bene a sintetizzare la complessità del rapporto fra corpo e cultura. Investono potentemente la dimensione biologica, ma non si lasciano ridurre a una disfunzione alimentare. Le stesse pratiche alimentari sono metafore eclatanti dell'incorporazione nell'ampio senso appena delineato.

L'antropologo può quindi contribuire al dibattito in corso, nei limiti di ciò che gli compete. Da un lato la letteratura di settore qualifica i disturbi alimentari con l'etichetta tanto controversa quanto impegnativa di "culture-bound syndrome" (Ciminelli, 1997). Caso interessante di rimpatrio concettuale, essendo nata la designazione per qualificare quelle patologie "esotiche" che gli sforzi entomologici del DSM-III non riuscivano a inquadrare nelle nostre classificazioni. Le proporzioni epidemiche dei DCA, l'incremento qualitativo delle loro forme, sia nelle società occidentali, sia nei contesti "in via di occidentalizzazione" (qualcuno continua a parlare di "culture sottosviluppate"), giustificano l'impiego di un concetto generico per parlare di ciò che in effetti resta elusivo, cioè la causa di queste patologie.



Da un altro lato, si parla dei DCA come malattie "multifattoriali" che includono, fra altre ragioni, l'influenza della cultura, ovvero sostanzialmente di un certo ideale di bellezza e di un certo modello di consumo. Tali fattori, comunque, avrebbero un ruolo patoplastico (non patogenetico) nell'insorgenza della malattia. Seguendo il ragionamento, non solo si fondano delle patologie su degli epifenomeni. Soprattutto, si comprime la questione culturale a un ventaglio ben ristretto di elementi.

Naturalmente c'è tutto da eccepire sugli effetti deleteri, soprattutto sulle giovani generazioni, dell'infame trinità di "Bellezza, Magrezza, Ricchezza" e di stili alimentari che Mary Douglas (1970) non avrebbe esitato a definire immondi. René Girard (1996) ha fatto notare che in una cultura come la nostra, dove il rapporto col cibo è oltremodo disordinato, la cosa più stupefacente non è l'emergere dei disordini alimentari quanto il fatto "che così tante persone mangino in maniera più o meno normale".

Certamente bisogna opporsi alla tesi banalizzante e oltraggiosa che riduce l'anorexia a un capriccio estetico e all'emulazione della moda. Ma non si può reagire a questa semplificazione semplificando anche la cultura. Forse è proprio questa visione del culturale a porre i suoi effetti alla superficie del discorso eziologico. Anche le strategie terapeutiche che militano soluzioni rapide e indolori per una patologia invalidante e severa come i DCA nascono da precise politiche culturali. E così pure gli interessi economici legati alla cronicizzazione delle malattie. Le istruzioni comportamentali date ai genitori per organizzare i pasti ai figli malati riflettono, a loro modo, una modalità culturale di gestire l'intimità.

È difficile astrarre la rappresentazione corrente della famiglia dalla sovradeterminazione ideologica, metafisica, e comunque culturale che la identifica come famiglia "naturale".

Di frequente, per lo più senza alcuna riflessione su come vengano costruiti i dati epidemiologici, si parla dei DCA come patologie di esportazione, dilaganti con sconcertante rapidità nei contesti esposti all'impatto dei modelli occidentali.

AmMESSO che anche gli "altri" abbiano una cultura alimentare e un modo particolare di significare il confine tra comportamento alimentare e disturbo alimentare (non necessariamente corrispondente al nostro), ci si chiede se non sia un abbaglio etnocentrico, o quantomeno una lettura di superficie, diagnosticare un'anorexia, una bulimia o un binge eating senza uno studio accurato del contesto.

Quel beneficio del dubbio che viene accordato alle mistiche digiunatrici del tardo Medioevo - erano veramente anoressiche? - si potrebbe concederlo a chi vive lontano non solo nel tempo, ma anche nello spazio. Per conoscere il passato ci si affida giustamente agli storici. Per il presente sarebbe opportuno affiancare gli etnografi agli epidemiologi.

In questo contributo, come si è visto, non si è parlato di cultura in modo diretto. Azzardare un'improbabile definizione avrebbe banalizzato ed essenzializzato il discorso, come accade nel dibattito pubblico (Fabietti, 2007). Si è preferito farla emergere in maniera allusiva, sullo sfondo di una tematizzazione del corpo che ha "messo all'opera", benché sinteticamente, sia la cultura che l'antropologia.

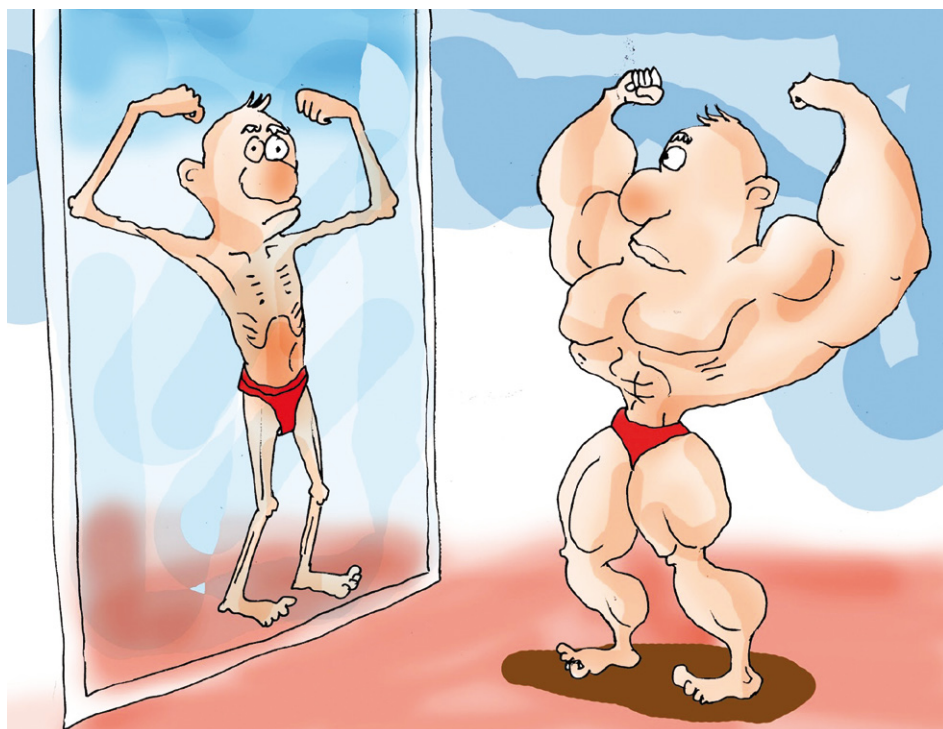
Qualcosa, comunque, è stato detto. In primo luogo, che tra cultura ed essere umano c'è un rapporto di intimità. Scorporare

la cultura dall'uomo vorrebbe dire, per restare alla metafora di Geertz, rimetterci non la glassa sulla torta, ma un ingrediente fondamentale dell'impasto. In secondo luogo, su un piano più strettamente epistemologico, l'ingresso del concetto di cultura nel dibattito interdisciplinare è un invito a pensare altrimenti i rapporti tra biologico, psicologico e sociale, smarcandosi dalla logica disgiuntiva e dal provincialismo disciplinare della nostra matrice cartesiana.

Significa accettare che le reciproche incursioni (non confusioni) spingano i saperi non solo a confrontarsi, ma anche a squilibrarsi a vicenda (Geertz, 2000). Il costruito dell'incorporazione invita a riconsiderare la demarcazione corrente tra sociale e individuale, psicologico e culturale, nonché la coppia superficiale/profondo, patogenetico/patoplastico.

È certamente auspicabile che l'antropologia partecipi al dibattito multidisciplinare sui DCA. È un atto dovuto all'immane sofferenza che li accompagna. Naturalmente, quando si aggiunge un posto a tavola è inevitabile che tra i commensali si crei un certo scompiglio.

**Angela Molinari, Antropologa
Università Bicocca, Milano**





Bibliografia

- BELL R. M.**, 1987, *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma-Bari.
- BORUTTI S.**, 1999, *Filosofia delle scienze umane*, Bruno Mondadori, Milano.
- BOURDIEU P.**, 1972, *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina, Milano.
- CIMINELLI M.L.**, 1997, "Culture-bound syndrome: un concetto vago e di dubbia utilità", in "AM. Riv. Soc. Ital. Antropologia Medica", 3/4, pp. 247-280.
- CIMINELLI M.L.**, 2010, "Pratiche alimentari e metafore: note antropologiche sull'incorporazione", in BELLINI M., CALLIERI B. (a cura di), *La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile col corpo*, CLUEB, Bologna, pp. 23-36.
- CSORDAS T.J.**, 1999, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, in "Annuario di Antropologia", Vol. III, Corpi, Meltemi, Roma 2003, pp. 19-42.
- DOUGLAS M.**, 1970, *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, Il Mulino, Bologna.
- FABIETTI U.**, 2007, *Da idoli della tribù a idolo del foro: riflessioni sul concetto di cultura*, "Voci. Semestrale di scienze umane", III-IV.
- GEERTZ C.**, 1973, *Interpretazione di culture*, il Mulino, Bologna.
- GEERTZ C.**, 2000, *Antropologia e filosofia*, il Mulino, Bologna.
- GIRARD R.**, 1996, *Il risentimento. Lo scacco del desiderio nell'uomo contemporaneo*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- GORDON R.**, 1990, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
- KEESING R.**, "Le teorie della cultura rivisitate", in BOROFKY R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma 2000, pp. 367-379.
- MALIGHETTI R., MOLINARI A.**, 2016, *L'antropologia e il metodo. Il contributo di una scienza inquieta*, Raffaello Cortina, Milano (in corso di stampa).
- MAUSS M.**, 1936, "Le tecniche del corpo", in *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino 1965, pp. 383-409.
- MARUCCI S., DALLA RAGIONE L.**, 2007, *L'anima ha bisogno di un luogo*, Tecniche Nuove, Milano.
- RECALCATI M.**, 2000, *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Bruno Mondadori, Milano.
- REMOTTI F.** (a cura di), 1999, *Forme di umanità. Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*, Paravia, Milano.
- SCHEPER-HUGHES N.**, 1994, *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in BOROFKY R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma 2000, pp. 281-295.
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M.**, 1987, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, «Medical Anthropology Quarterly», 1, 1, pp. 6-41.
- TESTONI I.**, 2001, *Il dio cannibale*, UTET, Torino.
- VANDEREYCKEN W., VAN DETH R.**, 1995, *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Raffaello Cortina, Milano.



Prigionieri dell'informazione

Quando ho cominciato ad occuparmi di salute e sanità per il Corriere della Sera (inizio anni '90) i disturbi del comportamento alimentare erano un tema molto gettonato. Avevano spazio sulle pagine dei giornali.

Erano gli anni in cui il fenomeno stava emergendo a livello mediatico. Una novità che "faceva titolo". Conferenze stampa, progetti, epidemiologia, modelli filiformi che attiravano l'attenzione dell'opinione pubblica, i ministri che presentavano progetti.

È probabile che i primi nostri articoli contenessero delle imprecisioni. Anoressia e bulimia venivano descritte dagli stessi esperti come malattie legate al cibo, la causa scatenante. Nascevano in Italia i centri di riferimento, sulla stampa e in tivù venivano intervistati sul problema esperti che in gran parte non lo erano e approfittavano dell'occasione per avere visibilità (succede spesso). Insomma i disturbi del comportamento alimentare facevano presa e informazioni magari senza valore andavano a finire fra gli articoli di apertura. Bulimia giornalistica.

Poi è calato il silenzio. Filone abbandonato. Pur essendo uno dei maggiori

problemi adolescenziali, seconda causa di morte dopo gli incidenti fra i giovani, non costituiscono più una novità. Perché di novità in effetti non ce ne sono al di là dei progressi nella comprensione del "movente", nell'assoluzione parziale dei genitori inizialmente considerati principali responsabili e nei trattamenti. Niente farmaci, niente scoperte clamorose, pochissimi spunti di attualità. Questa è la regola del giornalismo. No notizia, no titolo, no pezzo. Eppure è proprio adesso che bisognerebbe insistere, correggendo anche gli errori del passato. Il cibo non come causa ma come strumento di un disagio profondo legato a mancanza di autostima, scarsa considerazione di se stessi, paura di confrontarsi con gli altri nel timore di risultare inferiori.

Ecco perché siamo "Prigionieri dell'informazione". Prigioniero chi scrive in quanto condizionato dal tipo di lavoro di una redazione: le notizie di attualità sono migliaia al giorno e la selezione è spietata. Immaginate quando poi si verificano eventi straordinari, come il terremoto, e i tre quarti delle pagine sono monote-matici. Prigioniero chi legge in quanto subisce a valle gli effetti di una selezione

operata a monte e viene in un certo senso privato di un tema socialmente di rilievo. Con l'avvento delle edizioni online, purtroppo, il panorama è profondamente cambiato. Di disturbi del comportamento alimentare si è tornato a scrivere. Troppo e in modo improprio. Sui siti viene pubblicato di tutto di più, senza selezione. Col rischio di fare propaganda gratuita a terapie e pseudo-specialisti. Un'altra forma di prigionia in quanto è difficile distinguere la fonte attendibile da quella che non lo è. Un danno per le famiglie e per i ragazzi.

Eppure c'è ancora molto bisogno di informazione. Me ne sono resa conto personalmente nel presentare in giro per l'Italia il mio libro "Per fortuna c'erano i pinoli", un romanzo scritto in forma leggera proprio per facilitare una lettura semplice ma non semplicistica. Resistono ancora oggi fuorvianti luoghi comuni e interpretazioni superficiali sul problema. Tra i medici non competenti in materia permane una buona dose di ignoranza. E allora come uscire dalla gabbia? L'avvio di una campagna di sensibilizzazione istituzionale ben studiata sarebbe forse un punto da cui ripartire.

Margherita De Bac, Corriere della Sera



Il Numero Verde Nazionale SOS Disturbi Alimentari 800180969

Ogni epoca ha la sua malattia e, sicuramente, i Disturbi Alimentari rappresentano perfettamente la modernità, così connessi come sono alla cultura del corpo e dell'alimentazione del nostro tempo. Per questo il lavoro di prevenzione, svolto grazie al Servizio di counselling telefonico svolto dal Numero Verde SOS Disturbi Alimentari, del Numero Verde nazionale SOS Disturbi Alimentari, attivo dal novembre 201, si preannuncia nei prossimi anni decisivo per contrastare la diffusione di tali gravi patologie. Il Servizio "Numero Verde nazionale SOS Disturbi Alimentari" è stato promosso e finanziato dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, e gestito dalla USL 1 dell'Umbria e ha messo in evidenza la difficoltà e l'importanza di chiedere aiuto per le persone che soffrono di questi insidiosi e gravi disturbi oltre che la necessità di punti di riferimento per informazioni e supporto, ancora purtroppo carenti o addirittura assenti in molte regioni italiane.

La diffusione in Italia

Nella nostra Penisola, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono una vera e propria epidemia sociale, che si è diffusa in tutte le Regioni, in modo omogeneo e senza molte differenze epidemiologiche. I dati riportati in letteratura dicono che, tra le ragazze di 15-18 anni, una percentuale del 5% può presentare qualche disturbo collegato all'alimentazione. Il rapporto tra femmine e maschi è di circa 9 a 1, ma il numero dei maschi è in crescita soprattutto in età adolescenziale e pre-adolescenziale. Studi epidemiologici internazionali portano a stimare, nelle donne di età compresa tra i 12 e i 22 anni, una prevalenza dell'Anoressia Nervosa pari circa all'1% e della Bulimia Nervosa pari all'1-2%. Il 3,7-6,4% della popolazione sarebbe infine affetto dai Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati: per queste forme l'età media d'esordio si colloca intorno ai 17 anni.

I DCA riguardano tutte le classi sociali e culturali (non è più la malattia delle principesse) e tutte le fasce di età; si è abbas-



sata l'età di esordio della patologia e sono ormai molte le bambine (e i bambini) che si ammalano tra gli otto e i dieci anni. Si ammalano anche per la prima volta persone adulte di 40 e 50 anni, perché il Disturbo Alimentare riesce ad interpretare, anche in quella fase dell'esistenza, la sofferenza di vivere. Sono purtroppo interessati anche i maschi, che si vergogna-

no ancora di più a chiedere aiuto perché l'Anoressia e la Bulimia sono considerate malattie "da femmine". Fino a dieci anni fa, i maschi erano l'1% nella popolazione ammalata; oggi sono il 10% e, nella fascia adolescenziale, costituiscono il 20%. Anche per loro, come per le donne, il corpo è diventato un teatro dove si svolge la difficile battaglia per l'identità.

I dati del Numero Verde

Confermano tale quadro epidemiologico.

A chiamare il servizio sono soprattutto pazienti (45%) e familiari o amici (51%), ma il servizio è utilizzato anche da professionisti e personale sanitario (4%). Le chiamate provengono dalle diverse aree del territorio nazionale in maniera quasi omogenea. Purtroppo i cittadini di tutte le regioni sono in difficoltà.



In linea con i dati di letteratura scientifica, la maggior parte delle chiamate riguardano pazienti di sesso femminile (87%), ma sono in aumento quelle riferite a pazienti di sesso maschile (13%).

Il range d'età dell'utenza rimane molto ampio: sono state ricevute chiamate per bambini molto piccoli, anche 4 anni, fino ad arrivare a pazienti con età superiore a 60 anni. Si segnala un aumento di chiamate e segnalazioni relative a pazienti minorenni, in particolare nella fascia 11-17 anni (36%), mentre le chiamate di pazienti maggiorenni risulta del 64%.

La diagnosi riferita dall'utenza registra un 43% di chiamate per Anoressia Nervosa, 33% per Bulimia Nervosa, 15% per Binge Eating Disorder e 9% per Disturbi Alimentari con altra/senza specificazione. L'alta percentuale del disturbo anoressico può essere correlato dall'aumento di chiamate per giovani pazienti.

L'utenza ha riferito per il 39% dei casi dei trattamenti pregressi per disturbi alimentari, di cui solo il 51% sono stati specifici per DCA, mentre il 61% degli utenti non avevano mai avuto contatti con i servizi. Il dato rilevato relativo ai trattamenti pregressi aspecifici indica che c'è ancora molta strada da fare affinché i Disturbi del Comportamento Alimentare vengano riconosciuti e trattati adeguatamente.

È noto che la prognosi dei Disturbi Alimentari non dipenda dalla gravità del

quadro sintomatico del disturbo, ma sia strettamente legata alla durata della malattia. In questo senso la diagnosi precoce, la tempestività e l'adeguatezza dell'intervento terapeutico, oltre che la continuità delle cure, assumono un ruolo fondamentale nel garantire una prognosi positiva. Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari nasce proprio con l'obiettivo di porsi come tramite tra i pazienti ed i servizi specializzati, in modo che il paziente possa arrivare il più possibile precocemente alla cura.



Il dato rilevato relativo ai trattamenti pregressi aspecifici indica che c'è ancora molta strada da fare affinché i Disturbi del Comportamento Alimentare vengano riconosciuti e trattati adeguatamente. Una percentuale così alta di trattamenti inadeguati dipende molto dall'informazione che i pazienti, le famiglie, ma anche il personale sanitario non specializzato (medici di base, pediatri, ginecologi) hanno relativamente al disturbo e ai servizi.

Un altro dato preoccupante è che nella maggior parte dei casi gli utenti non sono a conoscenza dei servizi presenti sul territorio, anche se chiamano dalle zone più servite, come ad esempio il Nord-Italia. Utenti che chiamano invece dalle zone

più sfornite di servizi (soprattutto nel Sud Italia) raccontano di cure parziali e non specialistiche e difficoltà nel trovare terapeuti in grado di comprendere a pieno il disturbo.

Per fornire informazioni sui servizi dedicati, il Numero Verde fa riferimento alla mappatura dei servizi nazionali presente sul sito www.disturbialimentarionline.it. Tale mappa dei servizi viene continuamente aggiornata da una specifica commissione costituita da rappresentanti della USL 1 Umbria, delle Associazioni delle Famiglie Consulta Noi e del Ministero della Salute. Essa costituisce l'unico elenco ufficiale dei Servizi, pubblici e privati convenzionati sui DCA, che dia informazioni corrette e aggiornate ai cittadini.

Tenendo conto di quanto detto, il servizio del Numero Verde può svolgere un ruolo fondamentale, fornendo indicazioni precise e aggiornate sull'assistenza presente del territorio nazionale, facilitando così l'accesso precoce dei pazienti ai servizi specializzati ed evitando che i pazienti continuino a ricorrere a trattamenti inadeguati.

La difficoltà di chiedere aiuto

Si evince dal fatto che moltissime richieste provengano, non già dagli interessati, ma da coloro che stanno loro vicini: familiari, genitori o mariti, professori, amici, colleghi di lavoro. Ma perché è così difficile chiedere aiuto in questi casi?

Prima di tutto perché le persone ammalate, per la maggior parte, non sono consapevoli di avere una patologia, pensano anzi di avere fatto una scelta di vita e rifiutano di farsi aiutare. Spesso nascondono con abilità il loro problema anche alle persone loro vicine. Oppure, come avviene nel caso del Disturbo da Alimentazione Incontrollata, si vergognano e si sentono in colpa di avere un problema di cui si sentono le sole responsabili.

Il counselling telefonico degli operatori del Numero Verde diventa, pertanto, un servizio prezioso, sia alle persone vicine al paziente, perché fornisce loro strumenti necessari per orientare alla cura sia alla persona interessata, grazie al contatto diretto che diviene un mezzo per tentare di motivare alla cura.

Il servizio di ascolto non è quindi meno importante di quello dell'informazione: spesso, infatti, i pazienti non arrivano alle cure per il timore del giudizio altrui sulla malattia. Non avendo trovato la persona adatta ad accogliere un disagio così profondo, il paziente si rinchiusa in se stesso e nella malattia, che si cronicizza e diventa un tutt'uno con la persona stessa, aggravando così la prognosi. Confessare in maniera anonima il vissuto profondo di tali disturbi ad una perso-

Il Servizio, pensato prioritariamente per gli utenti/pazienti/familiari, è naturalmente accessibile anche agli operatori socio-sanitari sui quali si può avere una ricaduta in termini di sensibilizzazione ed informazione generale sulle tematiche collegate ai DCA poiché, ricordiamo, i sintomi dei Disturbi del Comportamento Alimentare possono essere confusi con comportamenti attualmente molto diffusi (come fare una dieta, porre molta attenzione al corpo e fare attività fisica

problemi legati ai DCA; terziaria offrendo un solido punto di riferimento per informazioni o sostegno a chi si trova in fase di guarigione o a chi è a rischio di ricaduta. L'attività del Numero Verde SOS Disturbi Alimentari permette inoltre di elaborare i dati sull'utenza che contatta il servizio. I dati consentono, nel rispetto dell'anonimato, di registrare bisogni, domande, indicazioni utili per programmare interventi di prevenzione e lotta ai DCA, per ideare e realizzare ulteriori iniziative mirate a particolari target e per valutare l'efficacia della comunicazione.

Ogni epoca ha la sua malattia e sicuramente i Disturbi Alimentari rappresentano perfettamente la modernità così connessi come sono alla cultura del corpo e dell'alimentazione del nostro tempo. Per questo il lavoro di prevenzione, anche attraverso il servizio di counselling telefonico svolto dal Numero Verde SOS Disturbi Alimentari, si preannuncia nei prossimi anni decisivo per contrastare la diffusione di tali gravi patologie.

**Roberta Pacifici, Direttore
Osservatorio Dipendenze OSSFAD
Istituto Superiore Sanità**

**Maria Vicini, Responsabile Numero
Verde Nazionale USL 1 dell'Umbria**

na appositamente formata può aiutare il paziente a comprendere che non c'è nulla di male nel parlare della malattia, nell'ammettere di avere un disturbo e chiedere aiuto, prima magari alle persone vicine e poi anche ai servizi specializzati, arrivando così il più presto possibile alle cure ed aumentando le possibilità di uscire dal tunnel della malattia.

regolare) ed essere sottovalutati o presi come semplici fissazioni, anche da medici e persone molto vicine al paziente. Il Numero Verde SOS Disturbi Alimentari può rappresentare quindi un'attività di prevenzione su più livelli: primaria, fornendo un'informazione capillare all'utenza; secondaria, offrendo sostegno a persone che hanno o rischiano di avere



DCA. Il percorso assistenziale nella realtà siciliana



“Un individuo con anoressia nervosa che scrive di se stesso e del proprio viaggio personale, ha detto che, se avesse dovuto descrivere la malattia in una sola parola sarebbe “isolamento”. Mangiare in solitudine è un «disturbo» che può essere migliorato dai membri della famiglia e altri curatori”. (*Janet Treasure and Bruno Palazzo Nazar - Interventions for the Carers of Patients With Eating Disorders-Curr Psychiatry Rep (2016) 18: 16*)

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche, associate a significativa morbosità e mortalità; i dati epidemiologici nazionali indicano un aumento della prevalenza dei DCA che ha assunto le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale.

In ragione della patogenesi multifattoriale e della tendenza alla cronicità e alla recidiva che li caratterizza appare oggi chiaro che essi necessitano di trattamenti specializzati attuati con approccio interdisciplinare integrato,

Il gold standard di trattamento prevede percorsi terapeutici multidimensionali che affrontino sintomi, cause e complanze nel setting di cura di volta in volta più adeguato, secondo un modello organizzativo articolato in quattro livelli di assistenza (ambulatorio, day-hospital,

ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera).

In Italia, e in particolare nel Sud e nelle Isole, gli standard assistenziali previsti per queste patologie non risultano adeguati e/o comparabili con quelli implementati nel resto d'Europa, poiché ancora oggi manca una organicità degli interventi.

In particolare, in Sicilia l'assenza di centri di riferimento multilivello, in grado di garantire la multidimensionalità e la continuità dei percorsi terapeutici, determina iter di cura lunghi e spesso non risolutivi. I pazienti che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva e di Trattamenti Residenziali e Semi-Residenziali, data la mancanza di strutture appropriate, sono inviati nelle poche strutture convenzionate esistenti al nord a carico del Servizio Sanitario Regionale, determinando un costo che grava nel bilancio regionale.

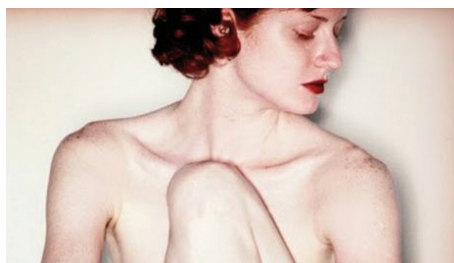
Il Piano Strategico per la Salute Mentale approvato dalla Regione Sicilia con Decreto dell'Assessore della Salute del 27/04/2012 e pubblicato in GURS n. 24

del 15/06/2012, ha riconosciuto i DCA come disturbi psichiatrici particolarmente diffusi e in crescita nell'età evolutiva/adolescenziale, registrando una crescente richiesta di interventi sanitari specifici. Il Piano sottolinea anche la generale frammentazione e inadeguatezza del sistema regionale attuale dei servizi della salute mentale, evidenziando sostanzialmente il bisogno di riqualificazione del settore, la formazione al personale e l'integrazione tra pubblico e privato per la organizzazione/riqualificazione delle strutture residenziali.

In particolare il Piano Strategico rileva la carenza dell'offerta assistenziale in regime di residenzialità alimentando la spesa per trattamenti fuori regione.

Nel Piano si fa espresso riferimento esplicito alle Comunità residenziali per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, prevedendo successivi decreti volti a definirne i criteri strutturali ed organizzativi per l'accreditamento.

Nel 2008 il Ministero della Salute, la Presidenza del Consiglio e la Regione Umbria hanno avviato una indagine sullo stato dell'arte dell'assistenza in Italia per individuare una mappa delle strutture e delle associazioni dedicate ai DCA al fine di garantire ai cittadini affetti da tali patologie e alle loro famiglie migliori livelli di accesso e appropriatezza dell'intervento.



La mappatura ha individuato le seguenti risorse nel territorio siciliano :



ACIREALE - AZIENDA ASP N.3 - DIPARTIMENTO DI NEUROPSCHIATRIA INFANTILE - CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA TERAPIA DEI DCA



AGRIGENTO - CENTRO PER DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE METABOLE



MESSINA - ASL 5 - DIPARTIMENTO SULLA SALUTE MENTALE - UO PER LA CURA DEI DISTURBI ALIMENTARI IL CERCHIO D'ORO - AMBULATORIO PER LA CURA INTEGRATA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE



PALERMO - ARNAS OSPEDALE CIVICO E BENEFRATELLI G. DI CRISTINA E M. ASCOLI - DIPARTIMENTO PEDIATRICO - UNITA' OPERATIVA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE



PALERMO - ASL 6 PALERMO - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE - CE.DI.AL. (CENTRO PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE)



RAGUSA - GRUPPO OPERATORI DCA



SIRACUSA - ASP 8 SIRACUSA - DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE - AMBULATORIO DCA

Legenda



Ambulatorio



Day Hospital



Ricovero Ospedaliero



Riabilitazione residenziale

Immagine tratta da www.disturbialimentarionline.it

Già da una prima osservazione emerge chiaramente la discrepanza tra l'offerta terapeutica e quella considerata necessaria dalle stime nazionali, sia a un livello quantitativo (numero di strutture per quantità di popolazione) che qualitativo (inadeguatezza dei livelli di assistenza). Volendo fare il punto, oggi, sulla realtà assistenziale per i DCA in Sicilia, agli occhi chi ha dedicato gli ultimi trent'anni della professione a promuoverne il corretto trattamento nel territorio di competenza il bilancio appare deludente; per poterne comprendere la ragione può essere utile percorrere brevemente la storia dei DCA e della politica sanitaria siciliana rispetto a queste patologie.

Fino alla fine degli anni 70 i DCA non erano abbastanza "riconosciuti" dagli operatori come entità nosografica, in Sicilia come nel resto d'Italia, se non ad alcuni professionisti particolarmente "curiosi" che se ne erano interessati.

Negli anni '80 la realtà assistenziale siciliana, quindi, non era troppo diversa da quella di altre regioni: i pochissimi specialisti che se ne occupavano lo facevano

in modo estemporaneo, provenivano da formazioni eterogenee e settoriali, orientavano l'intervento più su convinzioni personali che su evidenze scientifiche e non avevano molti spazi di verifica e confronto con colleghi.

Nutrizionisti, psicologi, internisti, gastroenterologi, psichiatri e medici generalisti affrontavano la realtà clinica da vertici dottrinali diffusi e limitati; il principio di multidisciplinarietà non era stato ancora formulato e la dimensione istituzionale era del tutto assente.

L'epidemia del decennio successivo portò il problema all'attenzione pubblica ma certo non a quella dei responsabili della sanità regionale. A nulla valse la pressione morale delle associazioni di pazienti e familiari (come l'Associazione Siciliana Disturbi Alimentari) su politici e amministratori, né la valutazione economica dei costi della migrazione sanitaria in altre regioni che più prontamente avevano preso atto del fenomeno e si erano organizzate per affrontarlo.

La politica sanitaria regionale organizzò tavoli tecnici, con "esperti" locali e non,

che produssero linee guida rimaste nei cassetti degli assessorati in una paralisi operativa che impedì ogni sviluppo. I censimenti dell'epoca fotografarono realtà effimere di oltre 30 "centri" per i DCA improvvisati e quasi sempre abortiti sul nascere.

Realtà eterogenee, prive di programmi standardizzati, protocolli diagnostici e terapeutici fondati sulle "buone intenzioni" e sul desiderio di occupare in fretta questa "terra di nessuno" più che su evidenze scientifiche e pratiche condivise.

Realtà, dicevamo, effimere che non hanno quasi mai retto il confronto con la realtà operativa.

Ciò era inevitabile poiché esse erano la proiezione "istituzionale" delle posizioni teoriche di singoli operatori con nessuna formazione specifica rispetto all'oggetto del loro intervento, spesso refrattari a mettere in discussione le loro opinioni e reticenti alla condivisione delle proprie procedure con referenti delle società scientifiche.

In questo panorama, dapprima nel contesto del Servizio di Gastroenterologia del-

la Clinica Medica I di Palermo e dal 2000 all'interno del Servizio Interdipartimentale di Psicologia del Policlinico, si organizzò un Ambulatorio dedicato ai DCA che nel tempo ha riempito un vuoto assistenziale territoriale fornendo per la prima volta in un servizio pubblico siciliano vari livelli di cura (prestazioni ambulatoriali, day hospital e posti letto per emergenze mediche) e la competenza di un'equipe multidisciplinare.

Tale servizio è stato attivo fino al 2011, ovvero fino al pensionamento del Responsabile, che la Direzione Generale dell'epoca ritenne superfluo sostituire vanificando l'opera di formazione professionale degli operatori coinvolti nel ventennio di attività e in diffinità ai piani sanitari nazionali che ne avrebbero previsto il potenziamento. Di questa realtà è comunque rimasto un gruppo di professionisti che ha continuato a lavorare e a pressare a livello politico, sanitario e formativo, impegnandosi nella fondazione delle sezioni siciliane delle due più importanti società scientifiche (SISDCA e SIRIDAP) che

si occupano di DCA, nel coinvolgimento di alcune Associazioni di familiari (Per Adriana A di Catania, Stella Danzante di Catania e Korakane di Messina), nella progettazione e partecipazione in due Master specialistici e nella sensibilizzazione, prevenzione e organizzazione della rete nei territori siciliani più scoperti da un punto di vista specialistico-assistenziale. Se pure qualche cambiamento nella realtà assistenziale siciliana si è prodotto non è abbastanza!

La mappa (sopra riportata) delle risorse compilata nel 2008 a cura del Ministero censisce in Sicilia 7 strutture ambulatoriali di cui 4 con DH, 2 con ricovero ospedaliero (a competenza esclusivamente pediatrica), ed una di riabilitazione residenziale.

Risorse di per sé, come già rilevato, quantitativamente insufficienti data l'assenza

di privato convenzionato sul territorio per una popolazione regionale di 5.092.080 (Istat, 2014).

Dalla ricognizione, informale, da noi svolta, di tali servizi gli elementi di criticità più denunciati da parte degli stessi operatori e, a gran voce, dagli utenti, non sono a livello quantitativo ma riguardano invece essenzialmente l'aspetto qualitativo delle prestazioni, nonostante l'evidente e dimo-

di conseguenza, in genere non adeguatamente formati né stabilmente inseriti nell'equipe.

Quasi tutte le strutture riconoscono "difficile" l'accesso, in caso di necessità, a servizi di emergenza-urgenza a competenza medica e questi stessi, quando esistenti, non hanno in genere dimestichezza con le emergenze somatiche e nutrizionali tipiche di questi pazienti. I decessi da re-



strato impegno degli operatori. Essi stessi denunciano infatti carenze organizzative, strutturali e di risorse che trascendono le loro mansioni e le reali soggettive possibilità di miglioramento.

In questi contatti, seppur anonimi, con gli operatori dei servizi attivi dedicati ai DCA abbiamo incontrato comprensibili e legittime resistenze ad esplicitare le difficoltà di ciascuno, tuttavia l'elenco delle criticità emerse è lungo e probabilmente incompleto ma può essere così sintetizzato.

Una delle più ricorrenti difficoltà riguarda l'organico: molti dei servizi attivi non hanno in organico le figure professionali previste dalle linee guida per il livello di cure dichiarato dal servizio stesso. Nei casi migliori tali ruoli professionali sono coperti con contratti a tempo o con la disponibilità part-time di operatori presi in prestito da servizi di altra tipologia e,

feeding incongruo in terapia intensiva furono in effetti, uno dei maggiori problemi negli anni '90 per il nostro servizio.

Altra criticità riguarda la mancanza di uniformità delle procedure di assessment tra i vari servizi, spesso non standardizzate con protocolli adeguati, che rende estremamente difficile la presa in carico di pazienti provenienti da altre strutture.

Essenzialmente manca un sistema di rete assistenziale che possa garantire il livello adeguato di trattamento per ogni paziente e la continuità terapeutica tra i vari segmenti di cura. In particolare ciò riguarda la fase finale del percorso terapeutico e il consolidamento dei risultati, delegati a professionisti esterni non inseriti opportunamente nella rete ed in genere assolutamente disinformati rispetto al trattamento ricevuto.

Tale situazione rende ragione a quanto lamentato dagli utenti e dai loro familiari: chi si trova ad affrontare la comparsa di un DCA non sa a chi rivolgersi, incontra difficoltà ad individuare un referente, riceve spesso una diagnosi tardiva e rischia di cadere nella rete di sedicenti "esperti" privi di adeguata formazione e supporto di rete per affrontare efficacemente il problema, attivando una "malpractice" terapeutica che, in genere, è preludio alla cronicità. In altre parole "è solo!"

Da questo, pur superficiale, esame risulta abbastanza chiaramente che la disfunzio-

nalità dell'assistenza per i DCA in Sicilia sia la conseguenza di una programmazione improvvisata, miope e disinformata che non ha tenuto conto delle caratteristiche peculiari di questi disturbi e della necessità di attenersi a protocolli diagnostico-terapeutici validati e condivisi. Affinchè l'assistenza regionale risulti adeguata ai reali bisogni la politica sanitaria dovrebbe tenere in maggior considerazione le evidenze scientifiche, la differenziazione dei livelli di cura, la multidisciplinarietà, l'integrazione tra tutte le figure professionali, promuovendo necessariamente, a tal fine, la formazione specifica degli

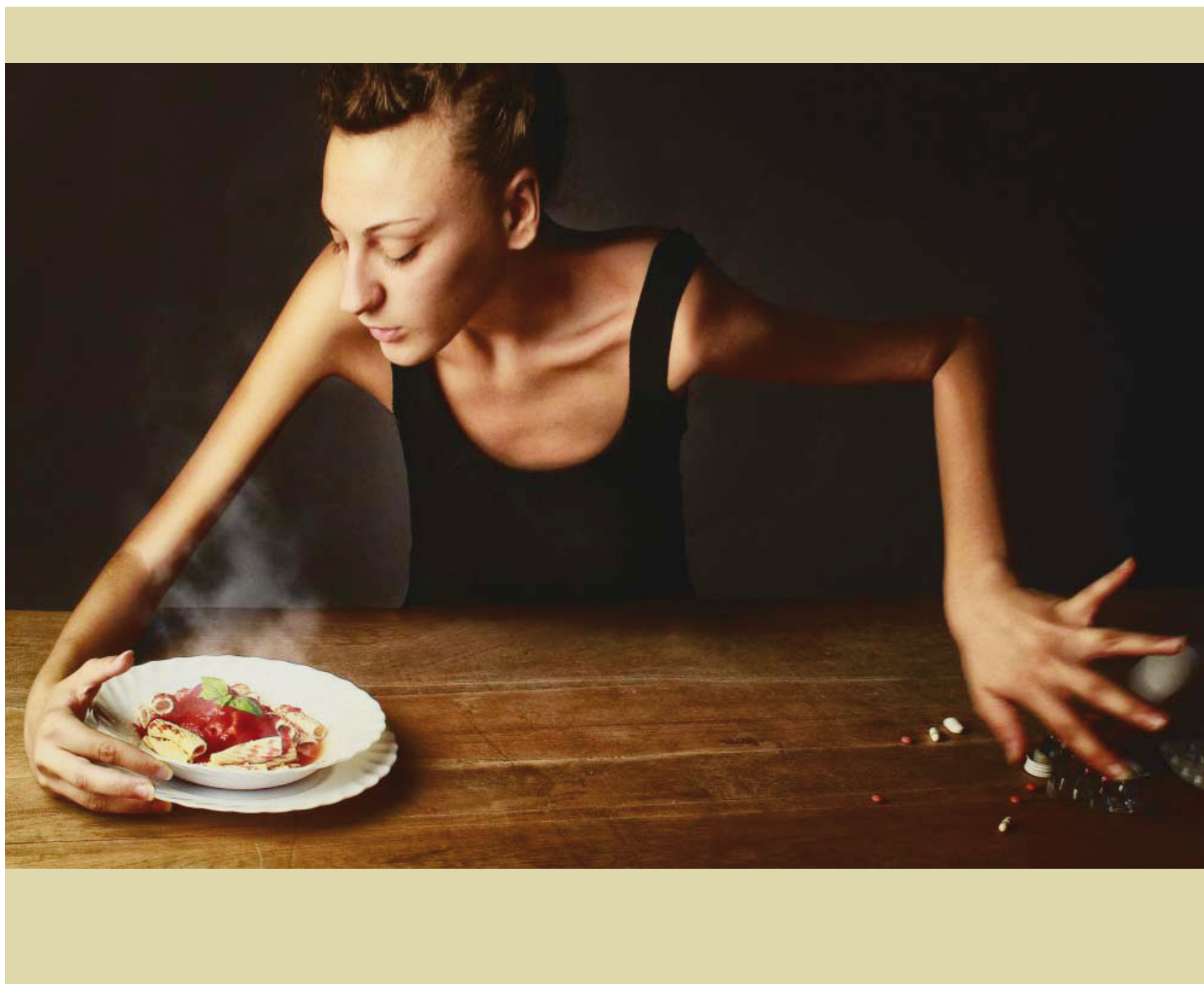
operatori e l'implementazione della rete assistenziale.

Antonio Bongiorno
Professore di Psicologia Clinica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Palermo

Cristina Lanzarone
Psicologa Psicoterapeuta

Valentina Mini
Psicologa Psicoterapeuta

Lucrezia Notarbartolo
Psicologa Psicoterapeuta



Buone pratiche di salute:

il programma Formazione, Educazione, Dieta FED - della Regione Siciliana

È concetto complesso la Salute, difficile da definire compiutamente senza incorrere nell'errore di semplificare, guardando solo al suo contrario: la malattia. Fermiamoci a osservarla da un punto di vista più alto, a coglierne le varie sfaccettature da una prospettiva più ampia: prenderà corpo una relazione dinamica tra condizioni, opportunità, vincoli, valori, vissuto, motivazioni e capacità individuali.

Prevenire la malattia e promuovere, o meglio, generare salute sono processi che si connotano già distintivamente e spesso partono da approcci differenti, pur nella loro complementarità: da un lato quello patogenetico, centrato sull'identificazione dei fattori di rischio per ridurre la probabilità o evitare che una determinata malattia si manifesti, dall'altro quello salutogenico che parte dal presupposto che ogni persona (più o meno sana, più o meno malata), vivendo in un continuum fra salute e malattia, debba poter disporre in qualunque momento di risorse e opportunità per favorire lo spostamento della condizione personale verso il polo della salute. **1**

2 Il focus, in questo caso, è sulla comprensione delle condizioni e dei meccanismi che possono favorire un miglioramento della salute (risorse interne ed esterne). La promozione della salute, come processo sociale e politico globale, ha un ruolo centrale nel rafforzamento delle capacità dei singoli individui, nella riduzione delle disuguaglianze e nel riorientamento delle politiche e degli investimenti per la salute.

Secondo l'OMS lo stile di vita è un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali. Se si deve migliorare la salute delle persone attraverso il cambiamento dei loro stili di vita, gli interventi devono essere diretti non solo verso gli individui stessi ma anche alle condizioni sociali e all'ambiente di vita quotidiano che interagiscono nel produrre e mantenere questi profili di comportamento. **3**

Promuovere salute, garantendo l'efficacia degli interventi, è compito ambizioso e complesso che richiede un processo di reale empowerment, sia a livello di istituzioni e professionalità interessate che di singoli individui e popolazione. Difficilmente una persona potrà modificare il proprio stile di vita se non sa perché o cosa cambiare, se ne ha un'idea sbagliata, se non è motivata o se non trova le condizioni favorevoli nel contesto in cui vive. Stimolare il cambiamento e sostenerlo significa costruire nuovi modelli di intervento, diffondere solide conoscenze, favorire una cultura responsabilizzante che metta le persone nelle condizioni di assumere decisioni consapevoli per il benessere individuale e della collettività. Necessitano, in tal senso, interventi multicomponenti da rimodulare in funzione dell'impatto rilevato sulla salute del singolo e della collettività: consigli mirati, supportati scientificamente, che mettano in evidenza i benefici del cambiamento; attività educative per accrescere conoscenze e abilità specifiche; attenzione ai diversi destinatari e alle disuguaglianze sociali; coinvolgimento delle famiglie e del personale di cura; sostegno adeguato come parte di un'azione a medio/lungo termine. Orientare e gestire il cambiamento, per chi opera nella tutela della salute, significa possedere capacità di lettura e di analisi del contesto, aggiornare costantemente le conoscenze scientifiche e riformulare le proprie competenze, ridefinire i modelli organizzativi, ricercare strumenti e metodi di provata efficacia e sperimentare soluzioni innovative.

Il Programma F.E.D. – Formazione, Educazione, Dieta – della Regione siciliana nasce per favorire quel cambiamento culturale necessario a modificare positivamente lo stile di vita e, in particolare, i comportamenti alimentari. Si profila, in tal senso, come valido strumento operativo a supporto del Piano Regionale della Prevenzione per contrastare l'insorgenza delle malattie croniche. Il FED costituisce una piattaforma di sviluppo

per interventi di prevenzione e di empowerment prioritariamente rivolti a bambini e giovani nel setting scolastico, volti a contrastare i "big killer" della salute, a più elevato impatto epidemiologico e socio-economico nella nostra regione, come nel resto d'Europa. Promozione di sane abitudini alimentari, pratica regolare dell'attività fisica, consapevolezza e immagine positiva e soddisfacente del proprio corpo, sviluppo delle life skills, della capacità critica e delle strategie di coping, coinvolgimento dei genitori, costituiscono messaggi chiave e tecniche privilegiate per l'apprendimento delle abilità di vita. Il target si amplia poi a comprendere con azioni specifiche la popolazione generale (donne in gravidanza, soggetti con patologie croniche, anziani).

Il Programma pluriennale si basa su un modello integrato di promozione della salute condotto su scala regionale e si avvale di una rete multiprofessionale specificatamente formata e qualificata che svilupperà capillarmente sul territorio attività di formazione, di prevenzione primaria e di empowerment per la salute improntate a criteri di evidenza scientifica. **4, 5**



L'importanza dell'adozione della Dieta mediterranea (dal greco διαίτα: abitudini, modo di vivere) è sostenuta dagli effetti protettivi, ampiamente riconosciuti dalla ricerca scientifica internazionale, che uno stile di vita attivo, un consapevole e sano rapporto col cibo e il consumo di alimenti tipicamente mediterranei rivestono nei confronti dell'obesità e delle principali malattie cronicodegenerative che più affliggono la nostra popolazione.

Progettazione e monitoraggio delle azioni formative e degli interventi sul territorio sono progettati, monitorati e coordinati unitariamente da un tavolo tecnico e da un comitato esecutivo multidisciplinari istituiti presso il DASOE dell'Assessorato della Salute. Le iniziative di educazione alimentare condotte nel passato sono state spesso caratterizzate da disomogeneità o frammentarietà metodologica e di contenuto; nella maggior parte dei casi è mancato un impianto di valutazione che consentisse di verificarne l'efficacia e le effettive ricadute. Il programma F.E.D. ha previsto già in fase di progettazione la definizione di deliverables (risultati intermedi e finali) valutabili in termini di efficacia, efficienza e sostenibilità rispetto agli obiettivi previsti e ai risultati attesi.

Per garantire uniformità di linguaggio, di contenuti programmatici e di interventi, il programma formativo ha l'obiettivo di qualificare figure esperte di formatori/educatori afferenti dalle aree sanitaria, scolastica e agronomica. Il modello organizzativo prevede una formazione "a cascata", con un 1° livello centrale (formazione dei Formatori FED) a cura del CEFPAS e un 2° livello provinciale (formazione degli Educatori FED) a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali, con successiva attivazione di una rete territoriale per la diffusione capillare degli interventi sul territorio.

Nel biennio 2014/2015 sono stati abilitati 58 Formatori, inseriti in un albo regionale. I corsi di 2° livello, previsti dal Piano aziendale di educazione e promozione della salute e condotti nel 2016 in tutte le ASP della Sicilia, sono organizzati annualmente a cura delle Unità operative Formazione, in collaborazione con i SIAN e le UOEPSA delle Aziende Sanitarie Provinciali. Gli Educatori abilitati sono inseriti in un albo provinciale. La rete integrata di Formatori ed Educatori sviluppa il programma operativo, guidato dai servizi competenti delle ASP (SIAN, UOEPSA, Formazione) che prevede: realizzazione di campagne informative; formazione specifica nelle scuole, negli ambienti di vita e di lavoro;

attività di promozione e tutela dei prodotti realizzate attraverso la loro identificazione, caratterizzazione, tracciabilità, certificazione e documentazione per raggiungere gli obiettivi di sicurezza alimentare; riconoscimento delle imprese e degli esercizi di pubblica ristorazione attraverso il marchio "Vivi sano, mangia siciliano".

Il WHO Europe ha riconosciuto il programma FED quale modello di intervento coerente con le raccomandazioni dei principali documenti di policy. **6, 7, 8** Nel prossimo mese di novembre, in occasione del lancio del Progetto "Knowledge Hub on Health and Migration in Sicily", il direttore dell'ufficio regionale europeo WHO, Zsuzsanna Jakab, sarà a Palermo per la predisposizione di un Memorandum of Understanding con la Regione Sicilia, finalizzato allo sviluppo di specifiche aree di cooperazione attinenti alle linee strategiche del FED.

M.D. Falconeri - CEFPAS

Riferimenti Bibliografici

1. Simonelli I., Simonelli F. (2010), Atlante concettuale della salutogenesi, FrancoAngeli, Milano
2. Antonovsky A. (1996), A salutogenic model as a theory to guide health promotion, Health Promotion International, 11 (1), 11-18.
3. Organizzazione Mondiale della Sanità, Glossario della Promozione della Salute, 1998
4. Decreto Assessoriale n. 2507 del 30 dicembre 2013 Approvazione del Progetto Formazione, Educazione e Dieta (FED) nella Regione siciliana - Indirizzi di attuazione (GURS PARTE I n. 7 del 14-2-2014)
5. Decreto Assessoriale n. 778/2016 del 28 aprile 2016 Indirizzi operativi Programma regionale FED (GURS PARTE I n. 20 del 13-5-2016)
6. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, WHO/Europe, 2012
7. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, WHO/Europe, 2013
8. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, WHO/Europe, 2014

Dieta Mediterranea

Stile e modello alimentare caratterizzato da:

- consumo elevato di frutta e verdura, grano e cereali, patate, frutta secca (noci, mandorle), pesce e carni bianche
- consumo moderato di uova e prodotti caseari
- consumo limitato di carni rosse, zuccheri raffinati e grassi animali

Elementi culturali:

Frugalità delle preparazioni, convivialità, stagionalità, gusto, piatti tipici del territorio e delle tradizioni

Obiettivi del Programma FED

- Diffondere sane abitudini alimentari scientificamente valide
- Incentivare la consapevolezza del rapporto tra alimentazione e salute
- Favorire un corretto rapporto individuale e collettivo col cibo
- Recuperare i valori legati alle tradizioni e alla cultura del territorio
- Promuovere la conoscenza del sistema agroalimentare
- Incrementare qualità e territorialità degli alimenti
- Condurre le iniziative di settore secondo un'impostazione tecnico-scientifica coordinata e accreditata

Il Programma Regionale FED Il Modello Operativo



Tempestività e continuità nelle cure.

Questo recitano “Le buone pratiche di cura nei DCA”

Purtroppo, in molti, troppi luoghi non si può essere tempestivi né garantire continuità nella cura, e la Sicilia è uno di questi.

Le famiglie che si trovano ad affrontare un DCA sono improvvisamente catapultate in una realtà di difficile comprensione, dove prevale la sensazione di impotenza nei confronti di una patologia tanto grave quanto insidiosa, ma laddove manchino strutture di riferimento multidisciplinare che accolgano richieste d'aiuto provenienti da persone di tutte le fasce di età, la situazione è certamente vissuta con più angoscia.

Consult@noi è un'Associazione Nazionale di II° livello, formata da 19 Associazioni di familiari ed (ex) pazienti che si occupano di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), operanti su tutto il territorio italiano. Nasce nel 2010, con l'obiettivo di mettere in rete e dar voce a TUTTE le Associazioni di familiari che si occupano di DCA per far sì che assumano un peso maggiore a livello non solo locale ma anche nazionale (www.consultanoi.weebly.com)

Quando le storie sono finite male è stato quasi sempre per mancanza di strutture adeguate o per l'ignoranza dei genitori, malgrado l'amore per i propri figli. La famiglia CONTA davvero, ha un valore unico e spesso è la prima a chiedere aiuto.

“È stato detto negli ultimi anni, ma lo ribadiamo ancora una volta: se viene coinvolta la famiglia, il percorso di cura è più efficace, specie con gli adolescenti.” Interviene la Presidente di Consult@noi Mariella Falsini “Noi genitori non siamo medici, né psichiatri, né psicoterapeuti, ma conosciamo i nostri figli meglio di chiunque altro. Percepriamo quando una cura è inefficace, ci rendiamo conto dei benefici se una cura funziona e quando non funziona sappiamo di dover premere per cambiare qualcosa.”

Ogni Associazione locale ha diverse tipologie di attività, ma se un'Associazione nasce, nasce per un motivo e spesso nasce per sopperire a lacune istituzionali che i familiari per primi hanno riscontrato.



Consult@noi vuole, e ha sempre voluto, che le criticità affrontate in prima persona, non siano vissute da altri, come Associazione Nazionale rappresenta coloro che hanno vissuto un problema ed è vicina ai professionisti, a quelli della regione Sicilia e a tutti gli altri delle altre regioni italiane. Obiettivo comune è cercare di trovare un percorso di cura efficace, ma soprattutto, la tempestività delle cure. Come si fa a essere tempestivi nelle cure, se queste non sono erogate su tutto il territorio nazionale? Come si fa ad avere la tempestività delle cure se non possiamo avere certi livelli essenziali di assistenza in tutta Italia?

Consult@noi confida nel lavoro avviato con il Ministero della Salute, nella capacità di andare a braccetto con tutti i professionisti, perché importante è farsi ascoltare, per far sì che venga costruita una rete assistenziale nazionale accessibile a tutti. Insieme è e sarà più facile. In Sicilia le Associazioni aderenti a Consult@noi sono “Per Adriana” (Catania) e “Korakanè” (Messina). La realtà siciliana è una realtà che loro conoscono, vivono e scrivono...

L'Associazione Onlus Per Adriana è stata costituita il 24 dicembre 2013 per volere di familiari, ragazze affette da DCA e sostenitori, con due scopi principali: dare sostegno alle richieste di aiuto di coloro

che sono coinvolti nei DCA e che vivono una condizione di disagio psicofisico in famiglia e contribuire al miglioramento dei servizi di cura per pazienti con DCA. Catania non ha ancora un centro dedicato residenziale e semi-residenziale e le cure non coprono tutte le fasce di età. Per i casi di emergenza poi, pochi sono i centri che dispongono delle competenze adeguate alla complessità del disturbo. In Sicilia sono state identificate solo due strutture con posti letto dedicati per il ricovero per DCA: una ad Acireale l'altra a Palermo, entrambi nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria infantile.

“Ho vissuto il problema in famiglia” racconta la Presidente dell'Associazione Per Adriana Santa Alfonzetti “ho conosciuto pazienti e familiari che affrontano percorsi autonomi in assenza di una guida, e per questo spesso inefficaci. La mia esperienza personale mi ha portato ad approfondire e comprendere meglio i DCA e quanto sia difficile affrontarli: si tratta di malattie terribili, che impediscono una vita normale sia ai figli che ai genitori. Conosco storie di peregrinazioni extraregione alla ricerca di un'offerta sanitaria strutturata con notevole costi economici e sociali e con ritorno a una realtà regionale e/o comunale non adeguata alla prosecuzione del piano terapeutico.”

L'Associazione di Volontariato Korakanè Onlus nasce l'8 maggio del 2012 a Messina dall'iniziativa di genitori e familiari, a supporto di persone affette da DCA.

L'Associazione si è impegnata a sensibilizzare e informare sulle problematiche relative ai DCA, collaborando con le istituzioni per promuovere politiche territoriali e sanitarie a favore di cure appropriate e continuative. "Queste cure, in Sicilia, sono garantite esclusivamente dall' U.O. "Il Cerchio D'Oro" che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale -denuncia la Presidente di Korakanè Crezia Genovese- ed è la struttura di riferimento dell'ASP Messina. "Il Cerchio D'Oro" garantisce due livelli di assistenza: ambulatoriale e semiresidenziale e non risulta ad oggi istituita un'adeguata rete assistenziale regionali. Non sono presenti strutture riabilitative residenziali specialistiche per DCA, pertanto l'attuazione dell'attività semiresidenziale ha rappresentato un'innovazione vantaggiosa in termini di rapporto costi-efficacia".

L'importanza di disporre di tali livelli di cura, in grado di rispondere al 90% delle richieste, assume un valore essenziale non solo per i pazienti e le loro fami-

glie, ma anche per la Sanità Pubblica, in quanto consente ai primi di effettuare i trattamenti nel proprio contesto di appartenenza, evitando di allontanarsi dalle famiglie e dalle attività quotidiane (studio, lavoro, relazioni sociali) e ai secondi di ridurre gli ingenti costi dei ricoveri ospedalieri e riabilitativi extra regione.

Accanto a Korakanè e Per Adriana opera in Sicilia anche l'Associazione "Stella Danzante", costituita a Catania il 10 marzo 2013. Stella Danzante non aderisce alla rete nazionale di "Consult@noi", ma è consapevole che solo l'unione delle Associazioni che operano senza altri fini se non il raggiungimento di un obiettivo comune, può contribuire a migliorare le condizioni di cura esistenti sul territorio della Regione Sicilia.

Prevenzione, orientamento alla cura e sostegno ai malati e alle famiglie sono le attività di cui le Associazioni di familiari si occupano, attività che vogliono richiamare l'attenzione delle istituzioni pubbliche, affinché vengano promosse e sostenute iniziative atte a migliorare le condizioni di assistenza e di vita attraverso azioni legislative, normative e assi-

stenziali. A tal fine "La Stella Danzante" collabora attivamente con la rete associazionistica del Comune e con l'A.S.P. di Catania, per avviare un corretto collegamento e scambio di informazioni fra gli Enti ed i pazienti stessi.

La Presidente della Stella Danzante Maria Piana esprime il sentimento di tutte le Associazioni di Familiari, dando voce alla speranza di veder nascere in Sicilia una struttura di tipo residenziale. "Occorre formare anche una rete di assistenza di specialisti del settore, a cui si possano indirizzare i tanti genitori che chiedono aiuto e a cui si possano affidare i giovani che, provenendo da un ricovero in strutture fuori regione, hanno necessità della continuità delle cure sul proprio territorio."

La differenza tra il possibile e l'impossibile sta nella determinazione delle persone: "cominciate a fare ciò che è necessario, poi ciò che è possibile e all'improvviso vi troverete a fare l'impossibile"

A cura di Consult@noi



Educazione alimentare. L'importanza della scuola.



Intervista a Cristiano Sandels Navarro *Segretario Generale Fondazione Italiana Educazione Alimentare*

In cosa cambiano le Linee Guida per l'Educazione Alimentare a scuola del 2015 rispetto alle precedenti?

Le Linee Guida per l'Educazione Alimentare emanate del MIUR nel 2015 rappresentano un'evoluzione, in continuità, di quelle emanate nel 2011 dallo stesso Ministero. In particolare, nell'edizione coincidente con Milano EXPO2015, si possono individuare quattro importanti novità:

1. La loro struttura è in generale arricchita e più articolata;
2. I riferimenti al tema, ai valori di EXPO 2015 e alla dieta mediterranea sono più approfonditi;
3. La sezione dei contenuti e delle metodologie dell'educazione alimentare scolastica è arricchita;
4. Introdotta la Carta di Milano e il suo significato per la scuola e l'educazione alimentare.

Con questi interventi, le Linee Guida configurano il quadro epistemologico nel quale collocare l'Educazione Alimentare nel Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione italiano, anche alla luce delle eredità educative e culturali di EXPO 2015.

Quanto la nostra cultura alimentare oggi è influenzata da altre culture alimentari? Cosa vale la pena salvare della nostra e perché?

È una domanda importante perché costringe a una riflessione che non riguarda più solamente la nostra salute, il benessere, la convivialità, ma comprende questi aspetti e anche tanti altri valori connessi agli alimenti; costringe a porsi in un'ottica sistemica, che per essere davvero tale deve necessariamente coinvolgere molti ambiti e saperli connettere tra loro in un rapporto di causa ed effetto.

L'attuale ricchezza e varietà della nostra cultura alimentare, la dieta mediterranea, pur avendo radici storiche, è per quanto riguarda la sua diffusione, frutto di un benessere generale relativamente recente. I poveri contadini di un tempo, che costituivano la maggioranza della popolazione, certamente non avevano i mezzi per permettersi una dieta quotidiana equilibrata e ricca come la dieta mediterranea. I fenomeni socio economici che hanno influenzato le nostre attuali abitudini alimentari, si sono dalla metà del secolo scorso succeduti con molta rapidità: evoluzione dei modelli produttivi e distributivi, spopolamento della campagna e crescita dei nuclei urbani, affermarsi del prodotto alimentare di marca e dei fenomeni di comunicazione di massa, globalizzazione della produzione e nascita del turismo internazionale di massa, nuclei familiari mono-generazionali con entrambi i genitori impegnati in attività lavorative esterne al proprio focolare domestico, destrutturazione dei pasti e della giornata alimentare, ... per finire con l'adozione, anche parziale, di modelli culturali alimentari di altre nazioni e continenti stimolata dai fenomeni fusion culturale e alimentare connessi all'immigrazione.

Molti e potenti i fattori che influenzano le nostre abitudini e la nostra cultura alimentare mediterranea, una situazione nella quale solo una diffusa e lucida consapevolezza, capace di riconoscere i benefici personali e collettivi delle produzioni e delle tradizioni alimentari nelle quali potersi identificare, e nelle quali trovare nel breve, medio e lungo periodo, una risorsa in grado di generare benessere sostenibile per i nostri territori e la nostra economia, può guidarci verso scelte in grado di consolidare la nostra cultura e il nostro benessere alimentare.

Inoltre, non siamo i soli a pensare che possa essere utile difendere una produzione e un consumo locali. Ad esempio, è di qualche mese fa una proposta di legge in Francia che favorirebbe il cosiddetto consumo di alimenti a chilometro zero.

In sintesi, salviamo tutto ciò che ci porta a un benessere e a una sostenibilità alimentare sociale, ambientale ed economica, soprattutto valutata attentamente nel medio-lungo periodo, magari sacrificando alcune cattive abitudini, frutto di stili di vita sedentari e favorite dal miraggio della instant gratification, che abbiamo constatato portarci solo a una perdita di identità, ad ammalarci e a gravare sulle casse dello stato per permetterci di curarci.

Educazione alimentare a scuola: da quanto tempo la si fa, quale fascia di età coinvolge, e quali esiti ha portato ad oggi in termini di cambiamenti di comportamenti orientati a stili di vita salutari?

Fino a non troppi anni fa l'Educazione Alimentare si faceva in famiglia, dove gli adulti trasferivano ai giovani i molteplici valori del cibo consumato tutti i giorni. In questi ultimi decenni la famiglia, in buona percentuale, ha perso questo ruolo fondamentale per motivi socio economici oltre che culturali. Infatti il nucleo familiare che non si riunisce abitualmente a tavola non consente più di educare i ragazzi, come una volta, a fare adeguate scelte alimentari e avere regolari comportamenti di consumo del cibo nella giornata.

Per contro, in questi stessi anni la Scuola ha visto allargare la propria responsabilità educativa a nuovi ambiti trasversali, tra i quali quello dell'Educazione Alimentare. In particolare, ad esempio, il Regolamento sull'autonomia scolastica (DPR 275 del 08.03.1999) e la Legge n.107 del 13.07.2015 hanno contribuito a collocare diversamente la Scuola in rapporto alla complessità sociale e territoriale in cui opera. Con la scelta dell'autonomia scolastica, la Scuola ha acquisito più strumenti per relazionarsi con il territorio e con le realtà sociali e produttive. Promotrice di cultura e di relazioni, la Scuola può fornire alle famiglie e alla collettività gli strumenti necessari per comunicare e avviare un processo di reale cambiamento dei comportamenti alimentari.

L'Educazione Alimentare, presente con una moltitudine di iniziative nella Scuola italiana da oltre 30 anni, ha storicamente privilegiato i bambini più piccoli. Anche se queste azioni informative ed educative hanno solo in parte vinto il contrasto contro le cattive abitudini alimentari e l'insorgere delle patologie riconducibili ad esse, hanno comunque avuto il grande merito di aver tenuto viva la consapevolezza sull'importante di adottare stili di vita sani e attivi. Inoltre, l'aver coinvolto progressivamente anche altri operatori oltre a quelli di ambito strettamente sanitario, ha favorito un approccio educativo di tipo culturale che meglio si presta ad affrontare l'esplorazione della complessità insita nell'atto alimentare.

Un Piano di Educazione alimentare a scuola è sufficiente? Quali altri azioni possono adottarsi in sinergia con altre istituzioni pubbliche?

Con l'autonomia scolastica si sono poste le basi per un diverso modo di relazionarsi del sistema scolastico con il territorio e con le realtà professionali che vi operano. Il mondo del lavoro è diventato un interlocutore importante per la Scuola, fin dall'inizio del percorso educativo. Per questa ragione, per realizzare attività efficaci di Educazione Alimentare, è necessario cercare di stabilire relazioni e sinergie tra il mondo scolastico e tutti i soggetti di riferimento (stakeholder) operanti nel territorio univocamente finalizzati alla promozione del benessere, quali la ristorazione, specialmente quella scolastica, gli Enti locali, le aziende produttrici, le associazioni di categoria, ma anche il mondo della distribuzione - compreso il vending - e i circuiti della comunicazione. Il mondo del lavoro diventa così un interlocutore molto interessante per i giovani, che in questa relazione possono trovare anche nuove opportunità e stimoli per armonizzare al meglio il percorso di studio adattandolo al proprio progetto di vita.

In questo quadro, la parola partecipazione acquisisce un rilievo particolare. Infatti, se è vero che la Scuola è chiamata a una specifica assunzione di responsabilità con l'introduzione dell'Educazione

Alimentare nel curriculum, è altrettanto vero che l'Educazione Alimentare va vista come una chiave universale in grado di stimolare il coinvolgimento e la crescita di ogni attore sociale.

Fondamentale, nel concepire a queste azioni sinergiche col territorio, è assicurarsi che privilegino realmente l'efficienza e l'efficacia educativa.

In quale contesto sanitario si colloca l'Educazione alimentare in Italia?

È noto a tutti che le rilevazioni effettuate in questi anni indicano come siano rilevanti nella popolazione giovanile i problemi legati a cattive abitudini alimentari e alla pratica di stili di vita poco sani. In particolare, a partire dagli ultimi decenni si è verificato un allarmante aumento del numero di giovani in sovrappeso o con problemi di obesità.

La diffusione di sovrappeso e obesità tra i più giovani è particolarmente preoccupante se si pensa alle future implicazioni socio sanitarie per il prevedibile incremento delle malattie cronico-degenerative connesse a questi problemi.

Dati aggiornati relativi agli stili di vita e allo stato ponderale dei bambini italiani sono forniti dal Sistema di Sorveglianza "OKkio alla SALUTE", che a oggi vanta quattro rilevazioni nazionali: nel 2008/9, 2010, 2012 e 2014. Nel 2014 hanno partecipato 2.672 classi, 48.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le Regioni italiane. I bambini in sovrappeso sono il 20,9% e i bambini obesi sono il 9,8%, compresi i bambini severamente obesi che da soli sono il 2,2%. Si registrano prevalenze più alte nelle Regioni del sud e del centro; tuttavia, occorre sottolineare che rispetto alle precedenti raccolte dati si evidenzia una leggera e progressiva diminuzione della prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini nella fascia di età 8-9 anni (dal 23,2% e 12% nel 2008/9, al 20,9% e 9,8% nel 2014). Tale risultato è molto incoraggiante se si pensa che sia l'UE che l'OMS hanno indicato l'arresto dell'epidemia come obiettivo primario a cui tendere per i prossimi anni. Tuttavia, come si evidenzia anche dal confronto relativo al 2010 con gli altri Paesi europei aderenti al COSI, i valori italiani permangono elevati.



Oltre al sovrappeso e all'obesità infantili, sono da considerare con preoccupazione quelle forme di disturbi del comportamento alimentare causate da disagi psicologici che producono un rapporto patologico col cibo.

Per rispondere a tali urgenze sanitarie, in questi ultimi anni sono stati messi in atto interventi istituzionali, che hanno visto nella Scuola il luogo di elezione per svolgere un'indispensabile azione preventiva con iniziative di Educazione Alimentare rivolte alle giovani generazioni. Un fermento positivo che ha stimolato anche la nascita di molteplici e spesso lodevoli iniziative locali di Educazione Alimentare, molte delle quali meriterebbero di essere conosciute, indirizzate, valorizzate, diffuse e rese continue.

La Carta di Milano firmata alla conclusione di Expo quale impegno, sinteticamente, ci consegna? E quale soprattutto alla scuola?

La Carta di Milano è nata con l'intenzione di consegnare un consensus document ampiamente condiviso tra esperti, istituzioni, aziende e cittadini di ogni nazione del mondo. Alla sua stesura hanno partecipato oltre 500 relatori suddivisi in 42 tavoli tematici e sono stati consultati oltre cinquanta documenti istituzionali e scientifici di riferimento. Ricordiamo che la firma del documento era una delle tappe della visita di Palazzo Italia in EXPO2015. L'intento della carta, il processo della sua redazione e la sua firma sono stati tra i momenti più solenni di EXPO2015.

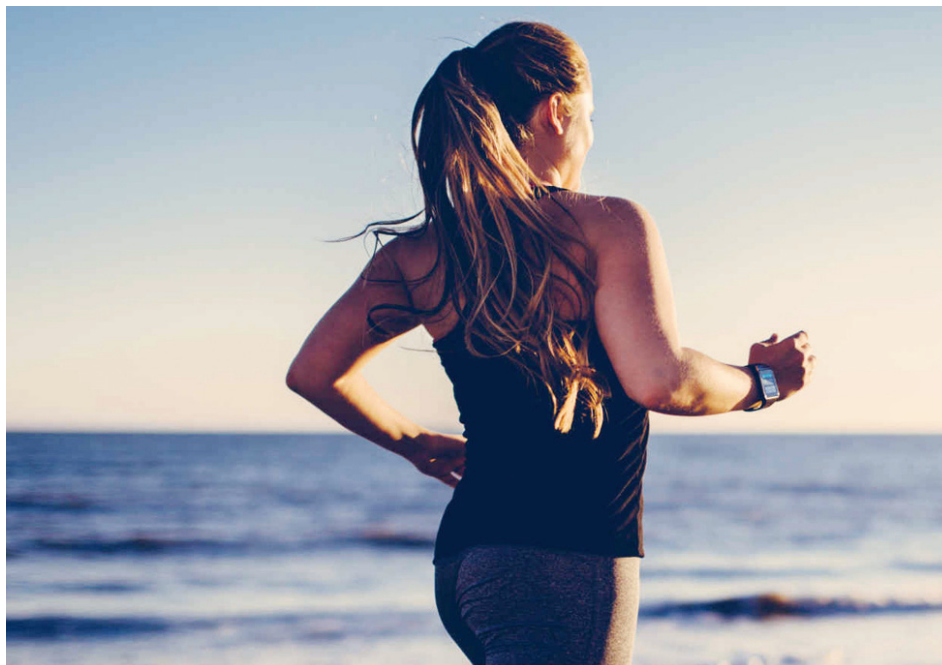
La Carta di Milano, intesa quale eredità immateriale dell'evento universale, ci affida una serie di impegni che devono essere assunti dai firmatari: i cittadini, il mondo delle imprese e delle professioni, le associazioni e fondazioni non-profit, le Istituzioni pubbliche, tutti responsabiliz-



zati su questioni cruciali quali il diritto al cibo, gli sprechi alimentari, la sicurezza degli alimenti, l'agricoltura sostenibile, l'Educazione Alimentare.

Potremmo considerarlo una summa di dichiarazioni di riferimento storiche, sulle quali convergere a e cui ispirarsi nell'individuare e perseguire obiettivi locali, una bussola per i Governi e per i singoli Cittadini, concepita per orientare nel complesso comportamenti personali e scelte politiche.

In particolare, il contributo del tavolo tematico "Educazione Alimentare: un Investimento per il Futuro" ha portato a individuare alcuni impegni prioritari di cui la Scuola deve farsi carico e che richiamo:



- Assumere la responsabilità dell'Educazione Alimentare lungo tutto l'arco del percorso di istruzione e formativo, con una particolare attenzione alle dimensioni valoriali del cibo;
- Formare le giovani generazioni all'uso e al consumo consapevole del cibo;
- Stabilire alleanze positive con le famiglie e con la propria comunità, per favorire senso di appartenenza alla vita della Scuola, condividendo le strategie educative alimentari;
- Dare attenzione costante alla dimensione della territorialità, come espressione di un patrimonio valoriale legato localmente al rapporto uomo/ambiente (stagionalità, clima, consuetudini, ecc.);
- Conservare il passato della tradizione alimentare, formando all'innovazione, in particolare attraverso percorsi formativi a carattere tecnico e professionale, in raccordo con il mondo produttivo agroalimentare, con il sistema delle imprese, dei servizi, del turismo, della ristorazione, con le diverse realtà associative che operano nel nostro Paese e anche tramite le Camere di Commercio;
- Favorire una cultura della legalità che informando i comportamenti dei singoli dia forza alla collettività, rendendola capace di esprimere un consumo consapevole tale da contrastare all'origine l'illegalità. In relazione agli impegni descritti, i lavori per la stesura della "Carta di Milano" hanno portato a identificare specifici concetti e parole chiave per l'Educazione Alimentare, declinati con particolare riferimento all'ambito giovanile e dunque scolastico e universitario;
- Conoscenza. Come strumento essenziale di analisi della realtà, perché i giovani esercitino il proprio protagonismo critico nei comportamenti quotidiani;
- Sostenibilità. Al centro dell'azione educativa; tra i vari temi che afferiscono a questa parola chiave: il rispetto dell'ambiente, di principi etici, la Food Safety e la Food Security, la lotta agli sprechi di cibo e di acqua;
- Territorialità. L'importanza della sovranità alimentare, la valorizzazione delle eccellenze del territorio;
- Collaborazione. Tra Istituzioni, tra Scuola e famiglie, tra Scuola e stakeholder a livello locale e nazionale, tra reti di Scuole e realtà produttive, agricole, turistiche, ristorative, commerciali, nonché collaborazione continuativa con tutti i mezzi di informazione;
- Legalità e Sicurezza. Ovvero, favorire lo sviluppo e l'esercizio di competenze e professionalità del settore agroalimentare, efficaci per la difesa sociale e la valorizzazione del Made in Italy, nella legalità e nella sicurezza;
- Ricerca e Innovazione. La ricerca, centralizzata e continuativa come diritto-dovere, soprattutto grazie a tecnologia e formazione: l'uso di nuove tecnologie e in un contesto sempre più internazionale, per migliorare la cultura e l'intercultura.

Intervista a cura di: Maria Concetta D'Arma CEFPAS



Allattamento al seno. Ritorniamo al cuore della relazione affettiva e nutrizionale

Intervista a Sergio Conti Nibali, Pediatra di famiglia e Responsabile Gruppo Nutrizione Associazione Culturale Pediatri

Quanto l'allattamento è praticato dalle donne?

Il monitoraggio sulla prevalenza dell'allattamento rappresenta uno strumento di verifica fondamentale, come segnalato nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, che vuole acquisire a livello regionale informazioni utili per pianificare programmi di sensibilizzazione e relative strategie.

Nel 2014, l'ISTAT ha reso noti i risultati relativi all'allattamento, come parte dell'indagine sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", un importante passo avanti che consente un confronto con gli standard internazionali ed è strumento indispensabile di valutazione dell'efficacia degli interventi di promozione.

Poiché il "tasso di inizio" è un indicatore che presenta molti limiti, sarebbe opportuno affinare ulteriormente la metodologia. Si tratta di un indicatore di difficile interpretazione. Oltretutto, come riporta chiaramente il rapporto dell'ISTAT, questa percentuale è distribuita in modo diseguale tra le varie regioni. Mentre al nord si arriva quasi al 90%, e sicuramente quasi al 100% negli ospedali accreditati come Amici dei Bambini dall'Unicef, al sud si viaggia sotto l'80% con una punta negativa del 71% in Sicilia. Analogamente la durata media dell'allattamento, aumentata da 6,2 a 8,3 mesi in 13 anni, non ci dice abbastanza; anche per questo indicatore esistono differenze importanti tra Nord e Sud. Dati non ancora pubblicati ricavati da uno studio epidemiologico dell'Osservatorio regionale siciliano (Cernigliaro et al.) dimostrano che i tassi più bassi in Sicilia sono quelli della provincia di Messina.

Per la prima volta abbiamo un dato in più: quello sulla durata media dell'allattamento esclusivo (cioè senza aggiunta di altri liquidi e alimenti, latte artificiale incluso, come raccomandato per 6 mesi dall'OMS e dal Ministero della Salute). La media nazionale è di 4,1 mesi (4,3 nel Nord-Ovest, 3,9 nel Mezzogiorno). Interessante anche



sapere che quasi il 20% delle mamme continua ad allattare quando i figli hanno tra i 12 e i 15 mesi di vita.

Nei bambini sotto i 6 mesi è stato indagato l'allattamento esclusivo nelle ultime 24 ore: 48,7% nei minori di 2 mesi, 43,9% a 2-3 mesi compiuti, 38,6% a 4-5 mesi compiuti, per una media del 42,7% nei minori di 6 mesi.

Le altre novità positive, dal punto di vista metodologico, dell'indagine ISTAT sono:

- L'attenzione verso i determinanti sociali dell'allattamento. Oltre alla distribuzione geografica di cui sopra, con l'evidente gradiente negativo Nord-Sud, che dovrebbe indicare chiaramente le regioni cui assegnare la priorità ai fini degli interventi, il rapporto mostra la distribuzione per livello d'istruzione (si allatta meglio e di più nelle famiglie con genitori istruiti) e per cittadinanza (le madri di origine straniera allattano più delle italiane).

- L'associazione fra i tassi e la durata dell'allattamento con alcune pratiche ospedaliere che, per il grado di evidenze scientifiche, dovrebbero essere universalmente adottate da almeno 20 anni, e che invece sono di routine solamente in quegli ospedali che sono accreditati

o desiderano accreditarsi come Amici dei Bambini. L'allattamento migliora infatti quando l'intervallo tra nascita e primo attacco al seno è minore (entro la prima ora), quando l'ospedale pratica il rooming-in, e quando il parto è spontaneo (la durata media dell'allattamento esclusivo diminuisce da 4,3 a 3,8 mesi in caso di cesareo). In ogni caso, come evidente dalla differenza fra tasso di inizio e prevalenza di allattamento nei mesi successivi alla nascita, le buone pratiche adottate nei punti nascita, seppure indispensabili a un corretto avvio dell'allattamento, non sono sufficienti al suo mantenimento nel tempo, come previsto dall'OMS e dal Ministero della Salute, se non adeguatamente confermate e difese nei mesi successivi attraverso le cure del territorio.

Vi sono politiche nazionali che orientano all'allattamento al seno?

Esistono ormai da anni le "Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno", pubblicate in G.U. Serie Generale n. 32, del 7 febbraio 2008. Sono molto ben scritte e tuttora valide sia sul piano delle azioni per la promozione e il sostegno che su quello della protezione dal marke-

ting delle ditte che producono sostituti del latte materno; le linee guida, difatti, su questo punto sono molto chiare e sottolineano l'importanza del rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno dell'OMS, andando oltre a quanto stabilito dall'attuale legislazione italiana che recepisce solo in parte il Codice.

Purtroppo le linee guida sono applicate solo parzialmente e in maniera molto disomogenea, non essendo stato previsto alcuna modalità di verifica della loro applicazione.

... e indirizzi regionali?

Nell'ultimo Piano Sanitario Regionale viene a più riprese citato l'allattamento quale misura di salute pubblica e di prevenzione dell'obesità; e vengono auspiccate le buone pratiche per la sua piena attuazione; la Regione Siciliana ha anche stipulato un accordo con l'Unicef per incentivare la promozione dell'allattamento nei punti nascita e nel luglio di questo anno è stato istituito un Tavolo tecnico regionale che dovrebbe indicare le linee di indirizzo per la promozione, il sostegno e la protezione dell'allattamento; tuttavia, ad oggi, solo qualche ospedale ha intrapreso il percorso di accreditamento, senza riuscire, tuttavia, a concludere il percorso.

Sono adeguate le nostre politiche del lavoro per sostenere una mamma che vuole allattare? Cosa manca?

La normativa italiana che tutela la maternità e nello specifico l'allattamento, è una tra le più protettive a livello europeo, an-

che se copre solo parzialmente, con livelli di garanzia differenti, alcune categorie di lavoratrici (come libere professioniste e precarie). Purtroppo spesso le donne non conoscono a fondo i loro diritti e non utilizzano le agevolazioni disponibili, come ad esempio i permessi allattamento.

Da una indagine conoscitiva effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità risulta che la quasi totalità delle donne italiane vuole allattare, ma sia all'inizio che successivamente le madri incontrano molti ostacoli nella loro comunità, nelle loro esperienze all'interno delle strutture sanitarie e nei luoghi di lavoro. Considerando che la maggior parte delle donne oggi lavora fuori casa, i luoghi di lavoro sono un settore chiave per supportare le donne che, desiderando continuare ad allattare i propri bambini, hanno la necessità di trovare ambienti che possano sostenere la loro scelta.

Probabilmente molti datori di lavoro riconoscono l'importanza dell'allattamento e sarebbero anche disponibili a "fare la loro parte". Hanno però bisogno di incoraggiamento, di una guida e rassicurazioni sul fatto che non necessariamente sono implicati costi aggiuntivi. Infatti aiutare una madre ad allattare con successo può significare anche semplicemente fornire a lei il tempo di una pausa ed uno spazio privato per estrarre il proprio latte durante le ore di lavoro. Dobbiamo continuare a confrontarci per affrontare la sfida di un cambiamento culturale sull'allattamento, sforzandoci di diventare una società amica dell'allattamento.

Quanto è determinante, nella scelta di allattare, il ruolo del pediatra e degli operatori sanitari in generale

Un ormai storico editoriale del Lancet ricordava che tutti gli operatori socio-sanitari che vengono in contatto con la mamma durante il percorso che porta alla nascita del suo bambino sono anelli di una catena, che dovrebbe stringersi intorno alla mamma per accompagnarla e sostenerla nelle sue scelte, rendendola consapevole delle sue capacità e aumentando progressivamente il suo empowerment. Il pediatra di famiglia fa parte di questa catena; è un anello e, come tale, anche dal suo funzionamento dipende la stabilità del processo. Un pediatra abile a sostenere una mamma nell'allattamento può costituire una preziosa risorsa, così come lo sono le altre figure che interagiscono con la mamma durante il percorso nascita. Il pediatra è certamente molto importante nel sostenere l'avvio dell'allattamento (qualora la mamma si metta in contatto con lui subito dopo il parto) e soprattutto la sua durata perché può fornire aiuto e sostegno per l'allattamento per 2 anni e oltre, come suggerito dall'OMS e dalle linee guida nazionali.

Secondo lei quali azioni occorrerebbero per raggiungere gli standard raccomandati dall'OMS?

Basterebbe solo che fossero applicate le Linee guida nazionali e che fossero applicati gli standard assistenziali pervisti dall'Iniziativa Unicef "Ospedale e Comunità amica dei bambini per l'allattamento"; attualmente sono solo 25 i punti nascita e solo 4 le comunità in Italia che hanno ricevuto l'accREDITAMENTO; la loro applicazione è garanzia di buone pratiche di sostegno, promozione e protezione dell'allattamento e delle cure amiche della madre durante il parto; purtroppo, ancora una volta, le regioni dell'Italia meridionale sono prive di questo riconoscimento.

I benefici di salute a lungo termine per chi è allattato al seno?

I dati, offertici recentemente dagli USA (Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United



States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1048–56; Bartick M et al. Cost Analysis of Maternal Disease Associated With Suboptimal Breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;0:1–9) a mio avviso danno da soli una risposta: sono impressionanti in termini di «peso economico» per un sistema sanitario e, alla fine, di prevenzione di malattie e dovrebbero far riflettere, a tutti i livelli, su come implementare politiche a sostegno e a difesa dell'allattamento, spesso ben scritte, ma poco applicate nella pratica. Tanto per fare qualche esempio a causa di tassi sub ottimali di allattamento negli USA si spendono 14.2 miliardi di dollari ogni anno per la cura di malattie nei bambini (inclusi 911 decessi) e 733.7 milioni di dollari (costi diretti) e 126.1 milioni (costi indiretti) per la cura di malattie nelle madri.

E se non bastasse l'analisi «economica» sulla salute dei singoli, credo che il rapporto congiunto di Ibfan Asia e BPNI del 2014 (Formula for disaster) offra ulteriori elementi per capire come la soluzione di nutrire artificialmente i nostri neonati abbia dei risvolti ecologici assolutamente disastrosi. Tanto per fare qualche esempio per 1 kg di latte in polvere prodotto e lavorato, vengono emessi 21,8 kg di CO₂-eq di gas serra, a cui si devono ulteriormente aggiungere le emissioni causate dal trasporto del latte nelle varie parti del mondo e dalla ricostituzione e riscaldamento domestico del prodotto in polvere (FAO, 2015). E negli Stati Uniti per la produzione e distribuzione del latte in formula sono annualmente necessarie 86.000 tonnellate di metallo e 364.000 tonnellate di carta, in gran parte destinate alle discariche (Lancet 2009).

L'allattamento è un'azione di prevenzione?

Penso che si possa affermare senza tema di smentite che l'allattamento rappresenta il primo vaccino che può essere somministrato al neonato e, come tale, rappresenta un vero e proprio intervento preventivo di salute pubblica a costo zero e privo di effetti collaterali.

Quali consigli darebbe a una mamma che vuole allattare?

Penso che sia fondamentale che il parto e l'allattamento siano parte di un percorso che deve avere come protagonisti la coppia e il loro bambino; perché ciò sia possibile la coppia deve arrivare al parto con informazioni su tutto quello che avverrà durante la gravidanza, il parto e il post-parto; partecipare a un corso di preparazione o inserirsi in gruppi di auto aiuto tra genitori che siano orientati anche all'allattamento può rappresentare un buon modo per acquisire conoscenze, consapevolezza e forza per potere prendere le decisioni migliori.

È bene che la mamma sappia interpretare sin dall'inizio i segnali che il neonato le manderà e che si fidi delle capacità innate di autoregolarsi; il tutto accompagnata da operatori che la sappiano sostenere in questo suo percorso.

E cosa direbbe a una mamma che ha deciso di non allattare?

Nella mia pratica ho incontrato poche donne che hanno deciso di non allattare; alcune avevano avuto delle informazioni scorrette che le hanno influenzate; quindi, come prima cosa, è importante avere un colloquio attento con queste mamme.

Una mamma che, viceversa, ha consapevolmente fatto questa scelta, va certamente sostenuta con la stessa professionalità; avrà bisogno di ricevere tutte le informazioni corrette per alimentare il suo bambino con una formula del commercio e per supplire alla mancanza del contatto fisico stretto con il suo bambino con altre misure di accudimento prossimale, quali ad esempio il contatto pelle a pelle, i massaggi, il contatto visivo.

Intervista a cura di: Maria Concetta D'Arma CEFPAS



Il Pane che cambierà il mondo

Intervista a Maurizio Spinello, Forno Borgo Santa Rita (CL)



Sembra venuto dal futuro Maurizio Spinello, panificatore del Borgo Santa Rita, un'eccellenza nazionale. Dopo la certificazione di Azienda "BIO" e il riconoscimento "Best in Sicily" del portale "Cronache di Gusto" per il "miglior Pane di Sicilia", Maurizio esporta il suo pane con grani antichi siciliani e a lievitazione naturale fino ai confini del mondo.

Dal cuore della Sicilia, dove è "la terra a decidere per tutti", matasse di strade proteggono il Borgo del barone La Lomia dal primo centro urbano (Caltanissetta) e le spighe di grano sembrano sentinelle piantate a sorvegliare il passaggio dei forestieri. Spinello ha doppiato un milione di volte la distanza tra il Borgo e i Comuni vicini, per diffondere ciò che sarà, speriamo, la più grande svolta nella panificazione moderna: il ritorno alla tradizione, ai grani antichi e alla natura.

All'indomani dell'acquisto della multinazionale internazionale Monsanto (produttrice di sementi raffinate e geneticamente modificate e di biotecnologie) da parte dell'industria farmaceutica che meno di tutte in Occidente ha bisogno di presentazioni - la Bayer - in un piccolo borgo siciliano, un moderno Davide combatte l'eterna lotta contro Golia. Nella fionda un chicco di grano antico e un po' di crescente. "All'inizio non credevano ce la potessi fare - dice Spinello mentre il suo sguardo riempie la stanza e qua e là un po' di farina si solleva nell'aria - Santa Rita era un Borgo quasi disabitato, mia madre vendeva uova e pane ai passanti e mio padre allevava mucche e vendeva

latte ai caseifici qui vicino. L'economia di casa non andava bene ma noi non ci siamo mai scoraggiati. Io volevo restare qui e perciò dovevo inventarmi qualcosa. Mi piaceva fare il pane, era un momento in cui si riuniva tutta la famiglia. Era una festa. Guardavo mia nonna Gina e mia madre e restavo incantato...". Maurizio Spinello ci ha creduto fino in fondo: grazie al finanziamento della Banca apre il suo forno, vende il suo pane con la semola moderna e "che era veramente buono". Cerca di fare rete sul territorio ma molte sono le porte che si chiudono. Non si scoraggia, ancora una volta. Capisce che quanto fatto non è abbastanza, deve andare oltre. Acquisisce, grazie al suggerimento del suo amico Lelio, la certificazione di "Azienda BIO" e inizia la svolta. È il 2002. Cerca fornitori di farina "come si lavorava una volta" trovando attorno a sé ben poco. Poi viene a sapere di un tale, un certo Filippo Drago, di Castelvetro, che ha un mulino in pietra e "farine buone e carissime". "Questo mi ha convinto: le cose buone non possono costare poco!". Sono i primi nodi di una rete naturale. Si compie un sodalizio professionale e umano. Maurizio capisce che è sulla strada buona: produrrà il suo pane con i grani antichi di Sicilia dell'amico Drago, senza lievito di birra e con il crescente naturale. Come sua mamma e sua nonna. Sono circa 52 le varietà dei grani antichi e hanno nomi altisonanti come quello delle famiglie importanti: Senatore Cappelli, Russello, Tumminia, Perciasacchi, Badi alla faccia della Monsanto che, abbattendo le varietà cerealicole, ha creato un "panemostro" geneticamente modificato.

Il granaio d'Italia è tornato a funzionare. Gira su una rete, quella del biologico, che in Sicilia conta più di duecento aziende e che ha fatturati in crescita del 100% e nell'Isola registra centinaia di fiere su tutto il territorio. "Ogni giorno - dice Spinello - a Caltagirone dal mio amico Blanciforti, alla Stazione Consorziale Sperimentale di Granicoltura, si presentano tanti produttori agricoli che vogliono conoscere i grani antichi e iniziarne la produzione. Prima non si vedeva nessuno!". Maurizio ha iniziato da poco la produzione della sua buonissima pasta di grani antichi, che affianca alla produzione del suo

pane. "Bisogna cambiarle le cose! Bisogna diventare consapevoli di quello che si mangia, non riempire carrelli per dire a se stessi di avere fatto la spesa! Noi agricoltori biologici produciamo cibo salutare: nutriente, proprio come quello che una madre dà a suo figlio nei primi mesi di vita! La molitura a pietra, ad esempio, non riscalda la farina neutralizzandola e modificandola, come fanno i cilindri nei loro 15 passaggi! La molitura a pietra mantiene la farina viva e trattiene la crusca che aiuta la lievitazione naturale del pane. Per questo motivo il mio pane non ha bisogno di lievito di birra o di chimica e dura nel tempo. Il mio guadagno è straordinario: come produttore so di dare alle persone un pane buono, che dura a lungo e che non devono buttare perché può essere consumato nel tempo".

Lo interrogo sul caso Bayer-Monsanto. Spinello mi guarda, sorride amaro e sbotta: "Ma come è possibile che chi ci cura acquisti veleni? La Bayer avrebbe dovuto acquistare la Monsanto e chiuderla anziché rinforzarla!".

Chiedo se qualche Azienda Ospedaliera o Casa di Cura privata abbia fatto richiesta per la distribuzione dei suoi prodotti ai degenti. "Qui non si è mai visto nessuno - mi dice - mi piacerebbe ma è come se facessimo parte di due mondi diversi, ma non è così!". Si alza e mi mostra un badge. È quello dell'ultimo Convegno sull'agricoltura di SHUMEI, a Firenze. "Da quando Ken Yasuoka mi ha introdotto all'Agricoltura Naturale di Shumei, abbiamo iniziato a diffondere questo modo di approcciarsi alla terra anche presso altri amici, a Sciacca e anche qui. Prima al Borgo Santa Rita non veniva nessuno, non potevo neanche aprire il Forno perché i residenti eravamo solo noi. Adesso vengono da tutta Europa, dall'Inghilterra e perfino dal Canada per fare il pane. Scoprono che quello vero ha forme tutte diverse, quelle della natura".

La rivoluzione instancabile contro la produzione di massa inizia da qui e si alza alle tre e mezza di ogni giorno che Iddio manda in terra. Raccoglie un chicco di grano antico tra la Sicilia e il Giappone. Che fiorisce. E diventa pane.

Intervista a cura di: Valentina Botta



Nessuno se n'è accorto Un progetto fotografico che va oltre gli stereotipi

Rendete visibile quello che, senza di voi, forse non potrebbe mai essere visto.

Robert Bresson

Intervista a Micaela Zuliani, fotografa di Portrait de Femme www.portraitdefemme.it

Titolo emblematico quello del nuovo progetto fotografico di Micaela Zuliani, fotografa di Portrait de Femme attenta al sociale che negli ultimi anni ha realizzato diverse campagne di sensibilizzazione su temi quali femminicidio, lotta contro il cancro, dipendenze, discriminazioni, disabilità. Ideatrice dei progetti Boudoir Disability e Portrait de Femme Therapy, questa volta il fuoco è sui disturbi del comportamento alimentare, seconda causa di morte tra i giovani prima degli incidenti stradali.

Un titolo come al solito provocatorio, apparentemente un'accusa. In realtà è un dato di fatto che chi soffre di questa malattia tiene nascosto il malessere, la sofferenza, la rabbia agli altri come a se stesso. La malattia si insinua e non dà segnali chiari né all'interno della persona malata, né alle persone che le stanno vicino e spesso per identificare il malessere sono necessari mesi o addirittura anni. "Mi prenderò cura IO di te" sottolinea il rapporto malsano, coercitivo, che c'è all'interno dello stesso soggetto che vive il disturbo: è come se ci fossero due entità, una fragile, sottomessa e una forte, dittatoriale che si prende cura dell'altra, facendola stare "meglio" nella malattia. In fondo la malattia è rassicurante perché scandisce bene e in modo chiaro cosa fare e cosa non fare e in essa non si perde il controllo, come invece potrebbe accadere nella vita reale e con gli altri.

È il controllo maniacale, la paura di lasciarsi andare, di vivere le emozioni che rappresentano un vero e proprio salto nel vuoto, vuoto che si teme e che si riempie costantemente col cibo, perché crea angoscia, inquietudine, vulnerabilità.

Ci tenevo ad andare oltre il cliché che vuole vedere sempre la malattia dei disturbi alimentari come associazione cibo/bilancia. Prima di realizzare il video ho fatto una ricerca e ho notato che nei progetti fotografici viene spesso rappresentato questo copione: il cibo, una



donna che si pesa sulla bilancia o che vomita in bagno.

Io volevo andare oltre, volevo far capire cos'è veramente il disturbo, rappresentando l'invisibile, ciò che si nasconde nella malattia, dargli un senso, un'immagine per renderlo visibile, più tangibile: l'ossessione del pensiero fisso costante protratto nel tempo che rallenta, offusca, spegne ogni energia ed entusiasmo.

Un solo fotogramma in tutto il video ha come oggetto il cibo e cioè la mela nel piatto tagliata in due: ho scelto questo frutto perché in sé racchiude vari simboli metaforici: la fertilità, il peccato, la bellezza, per citarne solo alcuni.

Il pensiero fisso si nutre di rabbia, odio per se stessi, silenzi, urla sopite e trattenute a forza. Non ti lascia respirare, vivere, amare, soffrire. E sei in balia, come un automa, esegui ciò che ti impone la testa pur sapendo che ti farà stare male o che ti imporrà dolore, sforzi fisici inverosimili, ma è come se fossi ipnotizzato. Fai male a te per non far male a chi ami e ti ha deluso. Ammettere il dolore che si prova e la de-

lusione è come morire. Il cibo, il peso, rincorrere la perfezione delle modelle sono solo la punta dell'iceberg per un'identità che ha paura di mostrarsi, perché mostrandosi non asseconderebbe più chi ti sta vicino. Ti spegni fino a morire...

Il video racconta 4 storie di giovani donne che vivono nel vortice di emozioni contrastanti.

Ho voluto giocare con le inquadrature, come se chi guardasse il video entrasse piano piano nelle stanze e vivesse insieme alla protagonista una giornata tipo della malata, anoressica o bulimica.

Ho cercato di parlare di stati d'animo: solitudine, vuoto, rabbia, voracità, scissione dell'io quasi a sentire la presenza di un demone nella testa, l'inerzia, l'apatia, la rassegnazione, la derisione e lo spegnersi di ogni desiderio ed impulso anche sessuale. Chi soffre di questa malattia non ha solo un brutto rapporto con il proprio corpo ma ha un grosso problema a lasciarsi andare alle emozioni e alla propria sessualità. Le emozioni devono essere



soppresse, altrimenti la rabbia tenuta costretta prima o poi esplode ed è proprio quello che si vuole evitare.

Spesso si descrive la malattia come una perdita eccessiva di peso, anche questo è uno stereotipo! Tantissimi malati (ragazzi, ragazze, adulti) sono normopeso ma alternano nello stesso giorno il mangiare troppo con lo smaltire le calorie andando in palestra o ricorrendo ad un uso eccessivo di lassativi (bulimia nervosa), compromettendo il regolare funzionamento del corpo con gravi problemi agli organi interni.

Il video inizia con due fotogrammi scuri in cui il soggetto è lei stessa, Micaela, anche lei per 10 anni ha sofferto di entrambe le malattie?

Sì, volevo esserci in prima persona, dietro e davanti alla fotocamera, sono due autoscatti che sintetizzano la malattia: il primo rappresenta la chiusura in se stessi e la difficoltà di chiedere aiuto, il secondo è il demone che seduce la malata e la esorta a farsi del male, convincendola che sarà lui a prendersi cura del suo dolore, come non hanno fatto gli altri. Nel video compaiono altri soggetti, chi sono?

Ho cercato su Facebook ragazze che avessero l'età media di chi soffre di questa malattia. Si sono proposte in parecchie, tutte brave e molto coinvolte; conoscono il problema, avendo amiche che ne sono uscite, alcune di loro stanno facendo corsi di recitazione, una sta uscendo dalla malattia. È stato un bellissimo lavoro di squadra e mi hanno aiutata molto a realizzare ciò che avevo in mente, quindi un grazie di cuore a Gaia Poli, Giulia Rossi, Francesca Capitani, Rebecca Gargioni.

Il video, dopo i due fotogrammi neri, inizia con il viso della ragazza immerso nella vasca e si conclude quasi nello stesso modo, perché?

La mia intenzione non era quella di dare risposte o di dire se o se non se ne viene fuori, perché dipende solo dalla propria forza di volontà e dalla voglia di amarsi. La mia presenza nel video è comunque un messaggio di speranza per chi mi co-



nosce, perché ne sono uscita e sto prendendo in mano la mia vita come non ho mai fatto prima, sono sicuramente un esempio positivo, ma è un grosso lavoro che si fa su se stessi. Ho lasciato il finale aperto per una riflessione più sottile e meno scontata.

L'ultimo fotogramma è un insieme di parole ad effetto, sintetizzano la malattia?

Sì. Per tutto il video lancia sassi nello stagno che dovrebbero far capire a chi lo guarda il sentimento che la protagonista prova. L'ultimo fotogramma non è altro che rafforzare e dare un nome agli stati

d'animo, alle emozioni che si provano. Ad alcune persone uscite dalla malattia ho chiesto di scegliere d'istinto 5 parole che sintetizzassero il disturbo. Senza esitazione erano sempre le stesse: vuoto, solitudine, paura, rabbia, malinconia...ecco, questo è ciò che sta dietro ai disturbi alimentari!

Ho chiesto anche qual è stato il rammarico più grande avendo avuto la malattia e tutti, me compresa, abbiamo risposto "aver sprecato la propria vita, gli anni migliori che non torneranno più indietro."

**Intervista a cura di:
Valentina Botta**



eSanit@ è la rivista italiana della Sanità digitale, che ti informa sulle più avanzate novità di eHealth, leggendole nel più ampio contesto della riforma dei modelli organizzativi e delle politiche sanitarie, ospitando interventi e articoli dei maggiori esponenti nazionali del mondo pubblico e privato.



eSanit@

La rivista italiana della Sanità digitale

La piattaforma è plurima:

- il sito **www.esanitanews.it**, attraverso cui seguire giornalmente quanto accade in Italia su tutto quello che riguarda le politiche di sviluppo della sanità digitale e le conseguenze sull'erogazione dei servizi e le scelte gestionali e di governance, diffuse attraverso una newsletter settimanale;
 - la **Rivista cartacea**, eSanit@, Management dell'eHealthcare, pubblicata trimestralmente, che ospita interventi tematici e approfondimenti sugli aspetti di maggiore rilevanza della Sanità digitale in Italia;
 - **eSanit@-ForSalus**, allegato trimestrale di approfondimento sugli aspetti di innovazione della formazione sanitaria, redatta in collaborazione con il CEFAS
 - i **Quaderni dell'Osservatorio eHealth**, pubblicati trimestralmente e dedicati agli approfondimenti monografici sulla Sanità digitale;
 - **eSanit@ webTV**, attraverso cui accedere alla documentazione video degli incontri territoriali promossi da eSanit@ nelle regioni italiane.
 - I **paper eSanit@**, che raccolgono gli interventi e le indicazioni degli incontri territoriali regionali.
- eSanit@** è uno strumento utile sia per gli operatori sanitari e istituzionali che per le industrie per partecipare al dibattito sull'ammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale.

L'abbonamento a eSanit@ consente di avere per un anno:

- Informazioni settimanali sulla Sanità digitale attraverso la newsletter;
- Informazioni di approfondimento attraverso la rivista trimestrale cartacea eSanit@, Management dell'eHealthcare;
- Informazioni approfondite su argomenti focus, attraverso i Quaderni trimestrali dell'Osservatorio;
- Materiale video e paper conclusivi degli incontri regionali e territoriali.

Per abbonarti:

www.esanitanews.it

abbonamenti@esanitanews.it

e-Sanit@

Management dell'e-Healthcare



Accurate

health and learning

PROGETTAZIONE CENTRI



SIMULATORI AVANZATI



SIMULATORI VIRTUALI



SKILL TRAINER



LA SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA A 360°

WWW.ACCURATESOLUTIONS.IT