

GLI ADOLESCENTI TRA ESSERE E NON ESSERE

A cura di

Osservatorio Adolescenti - Comune di Ferrara

Gli autori:

Paola Castagnotto	Segretaria della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Ferrara, Presidente Centro Donna e Giustizia, Responsabile Ufficio Comune - Distretto Centro Nord Azienda USL di Ferrara
Emilia Manzato	Medico Psichiatra Responsabile del Centro Disturbi Alimentari dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Ferrara
Antonia Bognesi	Psicologa e Psicoterapeuta del Centro Disturbi Alimentari dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Ferrara
Eleonora Roncarati	Dietista collaboratrice con il Centro Disturbi Alimentari dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Ferrara
Sabina Tassinari	Responsabile Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara

Contributi di:

Monica Mascellani	Medico Pediatra del Settore Pediatria di Comunità Distretto Centro Nord dell'Azienda USL di Ferrara
Monica Borghi	Psicologa e Psicoterapeuta Responsabile Area Violenza del Centro Donna Giustizia Centro Antiviolenza di Ferrara
Sandra Travagli	Responsabile Ufficio Pari Opportunità del Comune di Ferrara
Francesca Solmi	Pedagogista e Psicomotricista dell'U.O CSC dell'Istituzione dei Servizi Educativi e Scolastici del Comune di Ferrara
Silvana Collini	Referente Formazione Ufficio X - Ambito Territoriale della Provincia di Ferrara

La somministrazione e la raccolta dati è stata possibile grazie alla disponibilità e alla cordialità dei Settori Pediatria di Comunità dell'Azienda USL di Ferrara. Si ringraziano pertanto:

- per il Distretto Centro Nord: dr.ssa Monica Mascellani
- per il Distretto Sud Est: dr.ssa Angela Garbini
- per il Distretto Ovest: dr. Massimo Cornale

Si ringraziano inoltre i rilevatori:

Ilaria Calza (Ferrara), Antonia Bognesi (Copparo), Eleonora Roncarati (Codigoro, Comacchio, Mesola, Migliarino, Argenta), Sabina Tassinari (Cento e Bondeno)

E' con vero piacere che vi presento questa indagine su stili di vita, atteggiamenti e comportamenti alimentari, immagine di sè degli adolescenti della Provincia di Ferrara. Curata dall'Osservatorio Adolescenti del Servizio Giovani e Relazioni Internazionali del Comune di Ferrara in collaborazione con l'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna, l'Ufficio X Scolastico, il Centro Donna Giustizia, l'Ufficio Comunale Pari Opportunità e l'Istituzione dei Servizi Educativi e Scolastici, questa ricerca è un esempio di lavoro integrato per la conoscenza e l'apprendimento dei trend e dei comportamenti degli adolescenti propedeutico alla programmazione.

Da tempo, nel Piano Sanitario Nazionale, in quello Regionale e nelle programmazioni dei servizi socio sanitari locali (Piano Distrettuale per la salute e per il benessere sociale), la salute (intendendo la salute nella sua accezione più ampia socio-psichica) dei giovani è posta al centro dell'attenzione grazie allo strumento del Profilo di Comunità provinciale e agli studi scientifici che rilevano statisticamente dati campionari e significativi rivolti a questo target. Questa indagine, va considerata come un punto di partenza, e non come punto di arrivo. Una crescita sana, sostenuta anche nei momenti critici di costruzione di una immagine corporea soddisfacente da un approccio equilibrato e sereno, diventa condizione essenziale per il raggiungimento di un buon livello di qualità della vita. Tutto ciò non può prescindere da un ruolo consapevole e attivo degli adulti di riferimento, in particolare genitori, che svolgono una parte eminente nel determinare il comportamento dei ragazzi.

Ringrazio, quindi, i giovanissimi ragazzi e i loro genitori che hanno aderito alla indagine, alla loro disponibilità e cortesia, che ci hanno permesso di fissare in queste pagine i pensieri, i sogni e le paure che affrontano, "raccontandosi" con grande sensibilità, e consentendoci di far parte un po' della loro vita.

Dr. Massimo Maisto
Assessore a Cultura, Turismo e Giovani
Comune di Ferrara

CONTRIBUTO DEL DIRETTORE GENERALE DELL'AUSL DI FERRARA

Dott. Paolo Saltari

Riflettere in maniera sistemica sulle caratteristiche dei giovani della nostra provincia rappresenta un momento fondamentale per la definizione del contesto e degli interlocutori con cui le istituzioni sono chiamate a confrontarsi già da oggi.

L'adolescenza rappresenta da sempre un momento della vita estremamente complesso. È un momento unico ed irripetibile durante il quale l'individuo è bersagliato da una così grande quantità di stimoli e richieste che risulta difficile definire con criteri univoci questa fase del ciclo di vita. Proprio per questo, provare a comprendere cosa e come pensano i nostri giovani oggi, risulta fondamentale per la buona riuscita delle future programmazioni sociali e sanitarie.

I dati ufficiali sull'espansione dei disturbi del comportamento alimentare inducono a stabilire come indispensabili l'impegno a pianificare interventi tesi a promuovere una informazione efficace per l'attività di prevenzione.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno assunto negli ultimi decenni un rilievo clinico e sociale di notevole dimensione diventando una delle modalità attraverso le quali esprimere altre forme di disagio psichico.

I DCA pertanto non riguardano solo strettamente le abitudini alimentari ma anzi il più delle volte coinvolgono pensieri ed emozioni legate al cibo e al proprio corpo. Purtroppo i dati sui Disturbi Alimentari sottolineano una loro elevata diffusione, con un numero significativo di situazioni nelle quali non si fa ricorso alle strutture mediche, incrementando così la tendenza alla cronicizzazione tipica del disturbo alimentare stesso.

Questo volume può essere uno strumento utile sia per gli operatori che lavorano a contatto con gli adolescenti ma anche per tutti coloro che hanno l'interesse o il desiderio di comprendere "l'universo adolescenti" nella sua complessità.

La ricerca di seguito presentata, infatti, riesce ad approfondire alcuni dei tratti più significativi in grado di rappresentare i giovani della provincia di Ferrara, a partire da comportamenti, stili di vita e condizionamenti che li riguardano direttamente, quali atteggiamenti alimentari e percezione corporea. La pubblicazione si concentra su tre differenti ambiti utili alla comprensione "dell'universo adolescenti" quali l'ambito scientifico, socio antropologico e l'ambito pluridimensionale, confermandone l'utilità per chi fa della relazione con i giovani il proprio mestiere.

Seppur consapevoli che parlare di prevenzione rappresenta una sfida impegnativa proprio perché si sta percorrendo un territorio ancora in divenire dove le risposte non sono univoche, risulta fondamentale per affrontare tutti quei problemi adolescenziali che hanno in se le caratteristiche per diventare disturbi di salute, ma anche per provare a correggere tutte quelle cattive abitudini che nascono in questa particolare fase della vita e che rischiano poi di cronicizzarsi nel corso degli anni.

In conclusione, il malessere che contraddistingue gli adolescenti di oggi non solo non può essere ignorato ma deve essere analizzato affrontato e compreso attraverso nuovi approcci per progettare insieme un futuro all'altezza delle aspettative di tutta la comunità.

GUIDA ALLA LETTURA

Questa indagine è frutto di un lavoro di un gruppo scientifico intersettoriale costituito da diverse professionalità. A nostro parere, occuparsi di adolescenti significa mettere in campo prassi e approcci interpretativi polimorfi, elaborando ipotesi e programmando interventi sulla base di più chiavi di lettura.

I componenti del gruppo scientifico rispondono a questa esigenza e, pertanto, la pubblicazione comprende:

- un ambito scientifico, dall'indubbio valore formativo, inerente i disturbi del comportamento alimentare e i fattori individuati di rischio e di protezione - a cura di Emilia Manzato, Antonia Bolognesi e Eleonora Roncarati
- un ambito socioantropologico che entra nel merito dei dati rilevati dalla indagine, fornendo alcune possibili, tra le tante, ipotesi interpretative, sui trend giovanili in merito agli stili di vita, alla immagine di sé e ai compiti evolutivi - a cura di Paola Castagnotto e Sabina Tassinari
- un ambito pluridimensionale (normativo, psicologico e didattico, pedagogico e sanitario) che consente di inserire nel dibattito sulle difficoltà e potenzialità adolescenziali nella costruzione della identità, chiavi di lettura imprescindibili per una riflessione ampia, integrata e calibrata sulla realtà giovanile attuale - contributi di Sandra Travagli, Monica Borghi, Silvana Collini, Francesca Solmi e Monica Mascellani

"Aristotele ci ha insegnato a distinguere l'oikos (il territorio privato familiare e confortevole, anche se talvolta rumoroso e tempestoso, dove ci incontriamo faccia a faccia con "altri" che ci sono familiari, con i quali dialoghiamo e negoziamo le modalità di convivenza) dall'ekklesia (il dominio remoto che raramente visitiamo di persona, ma nel quale si dirimono le questioni pubbliche, le faccende che influiscono sulla vita di ciascuno di noi). Esiste però una terza area che separa le altre due e che si chiama agorà, un ambito né veramente privato né pienamente pubblico o un po' l'uno e un po' l'altro. È nell'agorà che "il pubblico" e "il privato" s'incontrano, si conoscono e imparano attraverso tentativi ed errori la difficile arte della pacifica (e utile) coabitazione.

L'agorà è lo spazio della democrazia, il cui polso si misura in base alla frequenza con cui tale spazio è visitato, al numero di persone che lo frequentano e alla durata del loro soggiorno. È durante queste visite che si svolge il lavoro di traduzione da oikos a ekklesia e viceversa"

Zygmunt Barman, La società individualizzata

uno dei più straordinari interpreti della post modernità?

Perché l'adolescenza sembra oggi diventata una sorta di paradigma interpretativo di più generali difficoltà relazionali ed intergenerazionali. Ruoli e responsabilità, privati come pubblici, sono sempre più messi in discussione ed interagiscono in quello spazio dell'agorà dove si muove una generazione in "crescita", tra comportamenti quotidiani e modelli educativi familiari e sociali.

L'adolescenza e gli adolescenti suscitano grande interesse, tanto da animare cronaca, dibattiti televisivi, opinionisti e discussioni a tema.

L'aumento della discussione accompagna una difficoltà vera di condividere delle "mappe interpretative" di una fase importante della crescita individuale e delle sue proiezioni sulla organizzazione sociale.

L'attenzione pubblica sull'argomento è relativamente recente.

Fino a qualche anno fa si parlava di questa età di passaggio in modi diversi, stereotipati e talvolta superficiali.

Dagli anni '70 in poi si comincia a evidenziare interesse per i "comportamenti disobbedienti" degli adolescenti definiti spesso rabbiosi, contestatori e aggressivi. Il giudizio, in trent'anni, non è molto cambiato, anche se, oggi, sembra prevalere una lettura che "legittima" il disagio giovanile, quasi lo giustifica, con un tessuto sociale fatto di adulti distanti, indifferenti e incapaci di comprendere le difficoltà evolutive dei ragazzi. Viene legittimo pensare che gli italiani, così come

sono stati fotografati dal 44° rapporto Censis del 2010 sempre più ripiegati su sé stessi con una seria difficoltà a progettare il futuro, dovrebbero ripensare le proprie responsabilità sociali sulla educazione delle nuove generazioni.

Pietropolli Charmet nel suo libro Fragile e spavaldo approfondisce il sentimento di sconcerto di genitori, insegnanti, educatori di fronte all'ambiguo "impasto di fragilità e spavalderia che caratterizza una parte molto consistente degli attuali adolescenti".

Nonostante la fragilità sia sempre stata considerata una caratteristica dei giovanissimi, è altresì evidenziabile attualmente una marcatura su un'emotività che appare ancora più in bilico, rendendo la fragilità, tratto personale, una vera e propria vulnerabilità, tratto sociale.

"Il bisogno di curare la loro bellezza li rende permalososi, esposti al rischio di sentirsi poco apprezzati, umiliati e mortificati da un ambiente che non dà loro il giusto riconoscimento. Quindi fragili perché esposti alla delusione derivante dal divario fra aspettative di riconoscimento e trattamento reale da parte di insegnanti, coetanei, genitori. Fragili perché addolorati dall'umiliazione e dal rischio di doversi troppo spesso vergognare del proprio corpo e della propria, a volte irrimediabile, invisibilità sociale" (Pietropolli Charmet, ibidem).

Questa sorta di "fragilità narcisistica" si sposa nelle nuove generazioni con una spavalderia e indifferenza nei confronti delle istituzioni che hanno perso ai loro occhi ogni tipo di potere simbolico. E tra queste annoveriamo la scuola: un luogo che è deputato a svolgere un servizio, parte della quotidianità dei ragazzi senza destare troppe preoccupazioni o timori. Questo atteggiamento, spavaldo ma non irriverente, viene sentito dagli adulti come mancanza di rispetto e inavvicinabilità in una relazione che si vorrebbe fosse educativa. Gli insegnanti, quindi, al pari dei genitori e degli adulti in generale, si sentono lontani e in discordanza con una adolescenza opaca e vacua a differenza della propria, ricca di tormenti, valori e sogni di cambiamento.

Gli adulti di oggi sono cresciuti nella subordinazione alle istituzioni e nel desiderio, spesso agito, di ribellarsi affermando la propria indipendenza per un mondo meno costrittivo e più democratico. Ma, al di là delle differenze che demarcano anche il confine dei cambiamenti che investono l'intera società, siamo di fronte a giovani "colorati", moltisfaccettati, con spinte alla originalità dei linguaggi artistici e culturali imponente e diffusa, forse con un unico precedente alla fine degli anni '60 (come non ricordare la potenza di trasgressione culturale e di creatività dei "figli dei fiori"?).

Gli adolescenti di oggi sembrano, però, nel contempo, annoiati, disillusi e disinteressati agli insegnamenti degli adulti; Eppure ci sono! Ci sono e non hanno timori a mostrarsi, a parlare di sé, a rivolgersi ai centri di aggregazione, agli

sportelli psicologici nelle scuole, ai servizi, sottoponendosi spesso ad una mole di questionari e interviste su loro pensieri e comportamenti. E, grazie a questa particolare "assenza-presenza", impensabile 40 anni fa, noi adulti siamo in grado di conoscerli un po' di più, per tentare di comprenderli, di orientarli a cercare la propria strada.

Charmet definisce l'adolescente di oggi un Narciso che trionfa ovunque: "La televisione è al completo servizio di Narciso: si incarica di rispecchiarlo, intervistarlo, farlo danzare, cantare, gareggiare in bellezza ed esibire i suoi costumi e le sue mode. La pubblicità lo corteggia e lo rappresenta come modello di ogni consumo e di tutte le malizie. Il cinema canta i suoi amori e le sue dissolutezze con una tenerezza commerciale inusitata nei decenni precedenti, quando, semmai, l'adolescente era rappresentato come vittima dell'autorità violenta in seno alle istituzioni degli adulti. L'editoria vive delle vendite di libri costruiti per lui.

Il mercato dei consumi si rivolge a Narciso nella consapevolezza che lui muove masse enormi di denaro e orienta la politica degli acquisti di tutta la famiglia, favorendo un processo di "adolescentizzazione" dei consumi. Processo che coinvolge le madri e i padri in abbigliamento, consumo di bevande e ingestione di cibi mutuati dall'universo adolescenziale" (Pietropolli Charmet, ib.).

L'inversione di tendenza nell'ultimo quarantennio è forte se si prendono in esame le modificazioni del ruolo genitoriale. Un tempo l'adulto, chi diventava padre o madre, era consapevole dell'imprescindibilità di una "educazione alla vita" e all'autorità della quale erano rappresentanti. In altri termini, era generalizzata l'idea che i bambini fossero "futuri adulti", "selvaggi da civilizzare" in linea con la letteratura sociologica che definiva l'uomo un animale e, quindi addestrabile, sociale, e quindi civilizzabile.

Oggi invece, anche per effetto di una maturazione del diritto internazionale che considera i minori come portatori di diritti umani fondamentali e ne evidenzia la dimensione sociale, i genitori ritengono che "la natura del loro cucciolo è buona e per nulla antisociale. Non progettano perciò di farsi obbedire per paura dei castighi, né ritengono che serviranno molte regole. Ci vorrà molto amore, questo sì: è così che crescono i bambini, circondati da adulti che gli fanno passare la paura iniziale, danno loro sicurezza, li proteggono e li amano. I bambini crescono bene e sono contenti e buoni se i genitori li capiscono, vogliono bene alla loro intrinseca natura e li assecondano nei loro naturali e sanissimi desideri" (ibidem). E forse molte delle difficoltà interpretative sull'adolescenza, stanno proprio in questo difficile rapporto tra "regole" e "cura affettiva" che attraversa quotidianamente l'agorà.

Gli adolescenti di oggi sono vulnerabili. Ma, spesso, altrettanto vulnerabile è il rapporto che gli adulti instaurano con i giovani. Appare generalizzata l'idea che la nuova generazione sia privilegiata in ogni modo, grazie alla libertà sin da piccoli, alla disponibilità economica, all'iperprotezione di un contesto familiare che li trattiene fino ai 30/35 anni, al divertimento sempre assicurato e che, nel contempo, si abbandoni alla noia. Nella maggior parte dei casi, però, la noia è un'etichetta troppo facile e banale per definire invece adolescenti che si smarcano dalle modalità oppostive note ai giovani di un tempo, a favore di mezzi di comunicazione nuovi, improntati alla creatività e all'espressione artistica. In ambito sociologico esiste un nuovo paradigma interpretativo dell'adolescenza e anche una nuova teorizzazione delle azioni a rischio adolescenziali. I ragazzi non vengono più osservati come soggetti problematici da formare, guidare e incanalare nella giusta direzione bensì come attori sociali competenti e autonomi, attivi nei loro processi di socializzazione e nella costruzione dei significati sociali al pari degli adulti.

È noto in letteratura come il corpo in adolescenza sia centrale e altrettanto fondamentale è l'utilizzo che i ragazzi ne fanno per esprimersi socialmente, diventando oggetto di abbellimenti, colorazioni e manipolazioni. E questo modo di comunicare è anche strumento per costruire l'immagine di sé e l'identità di genere.

"Narciso instaura una relazione molto intensa con il proprio nuovo corpo postpuberale, sessuato e generativo, e spesso lo palesa attraverso le manipolazioni violente alle quali lo sottopone, per controllarlo, modificarlo, abbellirlo fino a ridurlo a uno scheletro o la caricatura del bronzo di Riace. Lo intaglia, gli infila metalli e monili, inserisce sottocute inchiostri di china e lo tatua ad eterna memoria di ciò che sente di essere e valere in quel preciso momento. Lo dimagrisce, lo palestra, lo "dopa", lo droga, lo espone a rischi terribili con volteggi pericolosi, troppo audaci per essere evitati e troppo belli ed emozionanti per indurre ad una maggiore attenzione per la propria incolumità, che evidentemente non coincide con quella del corpo. In molti casi ciò deriva dal fatto che Narciso non si sia mai identificato in quel corpo di proporzioni e apparenze assai modeste rispetto al suo intimo splendore, che appare tradito dalle sembianze del nuovo corpo" (ibidem).

Nell'adolescente il corpo quindi è vissuto come teatro privilegiato su cui si iscrivono i disagi psichici fino ad arrivare a situazioni patologiche come i disturbi alimentari, in cui la manipolazione estrema del corpo diventa la modalità prioritaria per esprimere le difficoltà che accompagnano la crescita.

È questo il tema epicentro della ricerca.

Abbiamo pensato di proporre una attenzione mirata per approfondire, se e quanto, sia difficile la costruzione di una immagine corporea in una società e in un tempo dove il corpo è inneggiato, esibito e inflazionato.

CONTESTO, OGGETTO E METODO DI INDAGINE

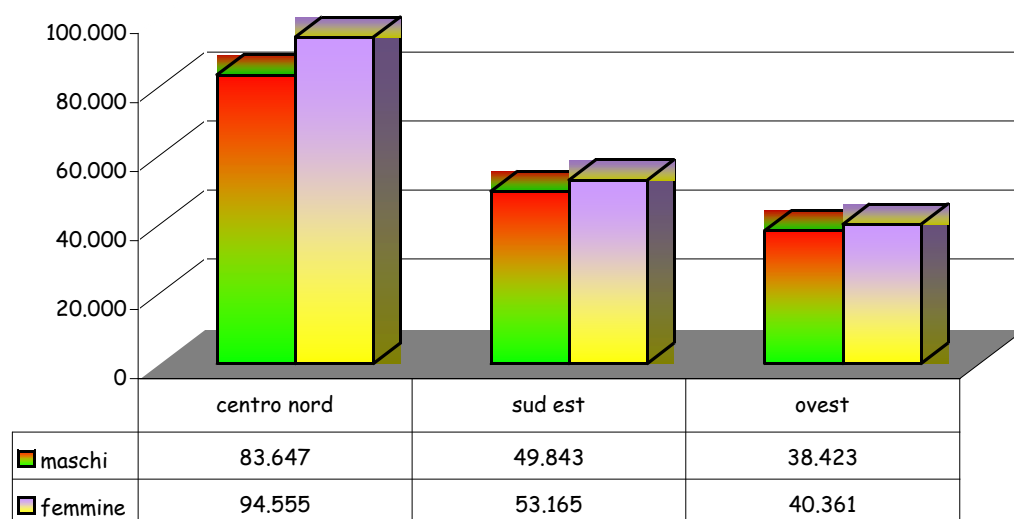
Dati di contesto territoriale

Vengono di seguito riportati i dati generali di popolazione totale e adolescenziale nella Provincia di Ferrara residente nell'anno 2010, avendo cura di disaggregarli per ognuno dei distretti sociosanitari, per genere e per classi di età.

Popolazione residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per sesso e per distretto sociosanitario - al 31-12 2010

Totale MASCHI: 171.913, TOTALE FEMMINE: 188.081

TOTALE POPOLAZIONE: 359.994



Comuni afferenti il Distretto Centro Nord: Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro Ferrarese, Tresigallo;

Comuni afferenti il Distretto Sud Est: Argenta, Codigoro, Comacchio, Lagosanto, Massa Fiscaglia, Mesola, Migliarino, Ostellato, Portomaggiore, Goro, Migliaro;

Comuni afferenti il Distretto Ovest: Bondeno, Cento, Mirabello, Poggiorenatico, Sant'Agostino, Vigarano Mainarda.

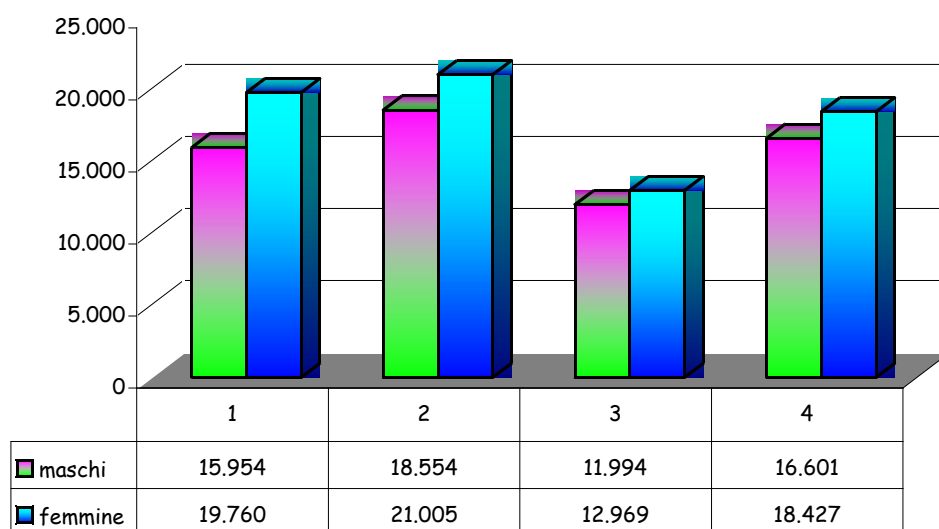
Dal 2009 al 2010 la popolazione provinciale è aumentata complessivamente di 817 unità e, più precisamente:

- nel distretto centro nord (+201), passando da 178.001 a 178.202 (maschi: -71 unità; femmine: +272 unità);
- nel distretto sud est (+87), passando da 102.921 a 103.008 (maschi: +9 unità; femmine +78 unità);
- nel distretto ovest (+740), passando da 78.044 a 78.784 (maschi: +273 unità; femmine +467 unità).

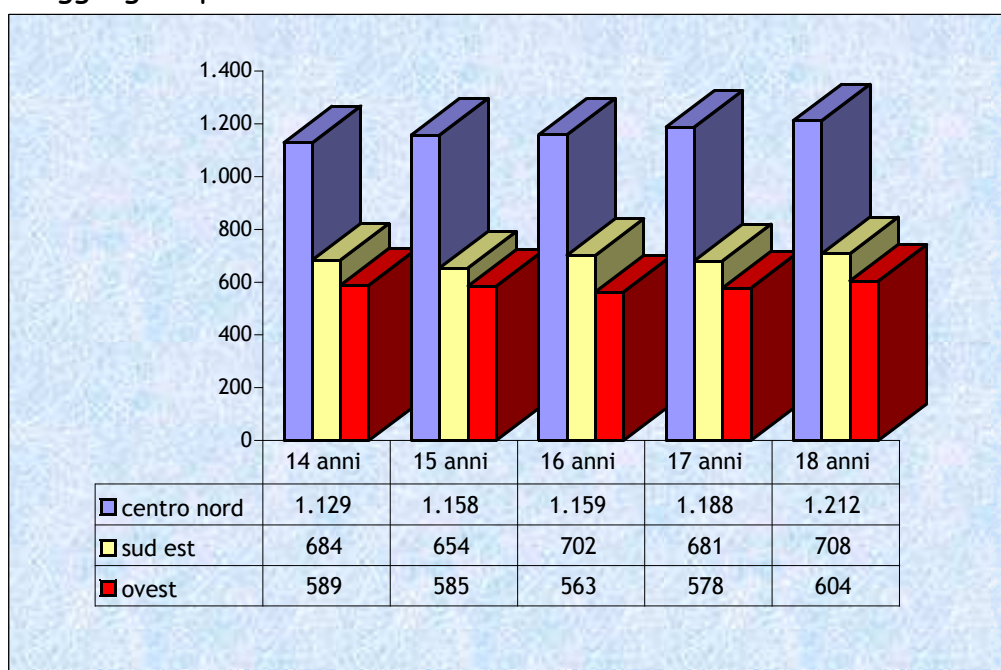
Popolazione residente nel Comune di Ferrara, disaggregata per sesso e per circoscrizione di appartenenza - al 31-12-2010

Totale MASCHI: 63.103, TOTALE FEMMINE: 72.161

TOTALE POPOLAZIONE: 135.264



Popolazione adolescenziale residente nel 2010 nella Provincia di Ferrara, disaggregata per classe di età e distretto sociosanitario



Dati sulla popolazione adolescenziale dai 14 ai 18 anni residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per distretto e sesso, nell'anno 2010

DISTRETTO	COMUNE DI RESIDENZA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
CENTRO NORD	FERRARA	2.316	2.148	4.464
	MASI TORELLO	35	32	67
	VOGHIERA	58	69	127
	COPPARO	272	261	533
	BERRA	111	75	186
	FORMIGNANA	51	38	89
	JOLANDA DI SAVOIA	66	50	116
	RO	59	60	119
	TRESIGALLO	72	73	145
	TOTALE	3.040	2.806	5.846
SUD EST	ARGENTA	439	382	821
	CODIGORO	213	174	387
	COMACCHIO	427	399	826
	LAGOSANTO	74	76	150
	MASSA FISCAGLIA	64	73	137
	MESOLA	117	102	219
	MIGLIARINO	65	50	115
	OSTELLATO	105	87	192
	PORTOMAGGIORE	198	177	375
	GORO	76	65	141
	MIGLIARO	35	31	66
	TOTALE	1.813	1.616	3.429
OVEST	BONDENO	265	237	502
	CENTO	706	723	1.429
	MIRABELLO	62	51	113
	POGGIO RENATICO	179	165	344
	SANT'AGOSTINO	153	121	274
	VIGARANO MAINARDA	130	127	257
	TOTALE	1.495	1.424	2.919
TOTALE		6.348	5.846	12.194

Dati sulla prevalenza della popolazione adolescenziale nella Provincia di Ferrara, disaggregata per comune, nell'anno 2010

DISTRETTO	COMUNE	Popolazione totale	Prevalenza adolescenti	Scarto 2009-2010
CENTRO NORD	FERRARA	135.369	3,3	-51
	MASI TORELLO	2.386	2,8	-6
	VOGHIERA	3.918	3,2	+2
	COPPARO	17.245	3,1	-53
	BERRA	5.308	3,5	0
	FORMIGNANA	2.810	3,2	-2
	JOLANDA DI SAVOIA	3.089	3,8	-4
	RO	3.460	3,4	-6
	TRESIGALLO	4.617	3,1	-18
	TOTALE	178.202	3,3	-138
SUD EST	ARGENTA	22.575	3,6	+17
	CODIGORO	12.653	3,1	-21
	COMACCHIO	23.122	3,6	-10
	LAGOSANTO	4.921	3,1	-6
	MASSA FISCAGLIA	3.621	3,8	-3
	MESOLA	7.190	3,1	-4
	MIGLIARINO	3.739	3,1	+9
	OSTELLATO	6.558	2,9	-11
	PORTOMAGGIORE	12.445	3,0	-7
	GORO	3.945	3,6	-15
	MIGLIARO	2.239	3,0	-2
	TOTALE	103.008	3,3	-53
OVEST	BONDENO	15.401	3,3	-6
	CENTO	35.582	4,0	+10
	MIRABELLO	3.541	3,2	+5
	POGGIO RENATICO	9.634	3,6	+25
	SANTAGOSTINO	7.106	3,9	+1
	VIGARANO MAINARDA	7.520	3,4	-2
	TOTALE	78.784	3,7	+33
TOTALE		359.994	3,4	-158

Dati sulla popolazione adolescenziale dai 14 ai 18 anni residente nella Provincia di Ferrara, disaggregata per Comune, sesso e classi di età, nell'anno 2010

FERRARA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	459	422	881
15 anni	448	431	879
16 anni	459	397	856
17 anni	470	455	925
18 anni	480	443	923
TOTALE	2.316	2.148	4.464

MASI TORELLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	5	6	11
15 anni	10	3	13
16 anni	8	11	19
17 anni	7	3	10
18 anni	5	9	14
TOTALE	35	32	67

VOGHIERA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	8	14	22
15 anni	17	14	31
16 anni	8	15	23
17 anni	14	13	27
18 anni	11	13	24
TOTALE	58	69	127

COPPARO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	48	56	104
15 anni	51	55	106
16 anni	55	52	107
17 anni	55	43	98
18 anni	63	55	119
TOTALE	272	261	533

BERRA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	23	10	33
15 anni	18	14	32
16 anni	20	18	38
17 anni	26	18	44
18 anni	24	15	39
TOTALE	111	75	186

FORMIGNANA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	10	8	18
15 anni	12	10	22
16 anni	18	10	28
17 anni	5	6	11
18 anni	6	4	10
TOTALE	51	38	89

JOLANDA DI S.	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	15	8	23
15 anni	14	8	22
16 anni	15	11	26
17 anni	16	13	29
18 anni	6	10	16
TOTALE	66	50	116

RO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	10	7	17
15 anni	9	16	25
16 anni	17	15	32
17 anni	9	11	20
18 anni	14	11	25
TOTALE	59	60	119

TRESIGALLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	13	7	20
15 anni	13	15	28
16 anni	15	15	30
17 anni	14	10	24
18 anni	17	26	43
TOTALE	72	73	145

ARGENTA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	89	79	168
15 anni	94	75	169
16 anni	77	82	159
17 anni	95	75	170
18 anni	84	71	155
TOTALE	439	382	821

CODIGORO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	36	32	68
15 anni	41	34	75
16 anni	48	40	88

17 anni	38	31	69
18 anni	50	37	87
TOTALE	213	174	387

COMACCHIO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	93	84	177
15 anni	83	73	156
16 anni	84	80	164
17 anni	76	81	157
18 anni	91	81	172
TOTALE	427	399	826

LAGOSANTO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	11	14	25
15 anni	16	15	31
16 anni	12	19	31
17 anni	17	14	31
18 anni	18	14	32
TOTALE	74	76	150

MASSA FISCAGLIA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	8	12	20
15 anni	10	15	25
16 anni	20	17	37
17 anni	13	19	32
18 anni	13	10	23
TOTALE	64	73	137

MESOLA	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	23	18	41
15 anni	21	19	40
16 anni	19	18	37
17 anni	27	25	52
18 anni	27	22	49
TOTALE	117	102	219

MIGLIARINO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	13	10	23
15 anni	10	7	17
16 anni	13	10	23
17 anni	14	10	24
18 anni	15	13	28
TOTALE	65	50	115

OSTELLATO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	29	16	45
15 anni	17	20	37
16 anni	17	19	36
17 anni	21	17	38
18 anni	21	15	36
TOTALE	105	87	192

PORTOMAGGIORE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	40	43	83
15 anni	34	32	66
16 anni	50	31	81
17 anni	34	35	69
18 anni	40	36	76
TOTALE	198	177	375

GORO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	10	11	21
15 anni	11	12	23
16 anni	21	13	34
17 anni	15	14	29
18 anni	19	15	34
TOTALE	76	65	141

MIGLIARO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	9	4	13
15 anni	5	10	15
16 anni	6	6	12
17 anni	5	5	10
18 anni	10	6	16
TOTALE	35	31	66

BONDENO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	48	50	98
15 anni	55	44	99
16 anni	45	54	99
17 anni	60	50	110
18 anni	57	39	96
TOTALE	265	237	502

CENTO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	141	134	275
15 anni	145	154	299
16 anni	126	148	274

17 anni	143	150	293
18 anni	151	137	288
TOTALE	706	723	1429

MIRABELLO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	9	11	20
15 anni	16	4	20
16 anni	10	7	17
17 anni	11	14	25
18 anni	16	15	31
TOTALE	62	51	113

POGGIO RENATICO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	43	35	78
15 anni	32	36	68
16 anni	40	34	74
17 anni	29	27	56
18 anni	35	33	68
TOTALE	179	165	344

SANT'AGOSTINO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	35	30	65
15 anni	32	17	49
16 anni	27	21	48
17 anni	24	26	50
18 anni	35	27	62
TOTALE	153	121	274

VIGARANO M.	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
14 anni	26	27	53
15 anni	20	30	50
16 anni	29	22	51
17 anni	23	21	44
18 anni	32	27	59
TOTALE	130	127	257

Una ricerca contestualizzata

Con la Conferenza *Be healthy, be yourself* tenutasi a Bruxelles a luglio 2009, la Commissione Europea ha posto la propria attenzione sulle problematiche inerenti la tutela e il miglioramento degli stili di vita dei giovani, non solo per individuare gli strumenti idonei per la salvaguardia della loro salute e del loro benessere, ma anche e soprattutto per coinvolgere più da vicino i giovani nelle politiche sanitarie dell'UE, sia rafforzandone la partecipazione nel processo decisionale, sia coinvolgendo più settori nella promozione della salute.

Il Ministero Italiano della Gioventù si è fatto sostenitore di un confronto su politiche per la promozione della salute delle giovani generazioni, scambiando buone prassi e individuando azioni prioritarie su cui lavorare congiuntamente per realizzare una programmazione complessiva che incida concretamente sulle condizioni di salute della popolazione giovane nell'intero territorio europeo.

I dati ufficiali sull'espansione dei disturbi del comportamento alimentare - e, altra priorità, sulla diffusione delle infezioni sessualmente trasmissibili - inducono a stabilire come indispensabile l'impegno a pianificare interventi tesi a promuovere un'informazione efficace e capillare per la prevenzione, che unita a un'educazione per stili di vita sani, divengono vere e proprie azioni sociali, evitando il rischio che comportamenti inadeguati giochino un ruolo nella destrutturazione della vita delle future generazioni.

La metodologia

A livello locale il gruppo di lavoro intersettoriale costituito dal Comune di Ferrara, l'AUSL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, ha ritenuto opportuno sulla base dei dati epidemiologici sui disturbi alimentari nella popolazione giovanile, approntare uno strumento di indagine che consentisse di approfondire la conoscenza di questa problematica negli adolescenti ferraresi e di fornire informazioni utili alle future programmazioni sociali e sanitarie.

La metodologia utilizzata, ampiamente sperimentata e già consolidata nel sistema di rilevazione dei trend di comportamenti giovanili dell'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara, ha previsto la somministrazione, curata da rilevatori formati, di un pacchetto di rilevazione dati sia per i ragazzi che per i genitori, in occasione della vaccinazione periodica ai 15enni, presso le Pediatrie di Comunità dei Distretti Sociosanitari della Provincia di Ferrara.

Il pacchetto comprendeva: la firma del consenso informato, la somministrazione di un questionario e di due test.

Gli obiettivi erano rilevare gli atteggiamenti alimentari e il grado di soddisfazione corporea negli adolescenti e nei loro genitori.

Gli strumenti di indagine

Nel questionario per gli adolescenti e i genitori, oltre la parte più generale sugli stili di vita, sono stati inseriti due test: L'Eating Attitudes Test-26 e il Body Uneasiness Test.

L'Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) è il test più usato per valutare le condotte alimentari e gli atteggiamenti nei confronti del cibo e del peso. È usato come strumento di screening nella popolazione generale per identificare la presenza di atteggiamenti alimentari alterati. Prevede un range di punteggio normale e un cut off di punteggio (20) oltre il quale vi potrebbero essere atteggiamenti alimentari problematici.

Gli studi che hanno usato l'EAT-26 indicano che circa il 5% della popolazione non clinica femminile ottiene un punteggio uguale o superiore a 20. Le interviste diagnostiche effettuate nei soggetti con punteggi uguali o superiori a 20 hanno evidenziato un'elevata proporzione di disturbi dell'alimentazione o di sindromi parziali (caratterizzate da alcuni ma non tutti i sintomi richiesti per fare diagnosi di DCA). Per tale motivo il punteggio 20 viene identificato come cut-off diagnostico, al di sopra del quale si definisce la probabile presenza di un disturbo connesso all'alimentazione.

Ovviamente il test da solo non permette di fare diagnosi di DCA (che deve essere fatta attraverso il colloquio clinico), ma può essere un utile indicatore di situazioni a rischio.

Il test è costituito da 26 item ai quali dare una risposta sulla base della frequenza di manifestazione (mai, raramente, talvolta, spesso, molto spesso, sempre): ho una paura terribile di ingrassare, quando ho fame evito di mangiare, penso al cibo con preoccupazione, mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere, ho l'abitudine di tagliare il cibo in piccolissimi pezzi, faccio molta attenzione alle calorie dei cibi che mangio, evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pane, pasta, dolci), sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più, mi capita di vomitare dopo mangiato, mi sento molto in colpa dopo mangiato, mi tormenta il desiderio di essere più sottile, mentre faccio sport penso alle calorie che sto bruciando, gli altri pensano che sono troppo magro/a, mi preoccupa l'idea di avere grasso nel corpo, impiego più tempo degli altri per mangiare, evito cibi dolci, mangio cibi dietetici, sento che il cibo domina la mia vita, mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame, sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi, dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri, mi dispero se mangio dei dolci, mi impegno in programmi di dieta, mi piace che il mio stomaco sia vuoto, mi piace provare nuovi cibi molto conditi, ho l'impulso a vomitare dopo mangiato.

Il Body Uneasiness Test (BUT) è un test costruito in Italia per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo (Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Battacchi M, 2000).

È composto da 71 item con risposta a scelta multipla, suddivisi in due parti: BUT A composta da 34 item e BUT B da 37 item che elencano parti e funzioni del corpo. Tutti gli aspetti contenuti nelle due parti del test forniscono un punteggio generale di gravità (GSI) e cinque punteggi relativi a: paura morbosa dell'aumento di peso (WeightPhobia, WP), eccessiva preoccupazione per il proprio aspetto fisico (Body Image Concerns ,BIC), comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo (Avoidance, A), controllo compulsivo dell'aspetto fisico (Compulsive Self Monitorino, CSM) e depersonalizzazione (Depersonalization ,D) ovvero vissuti di distacco ed estraneità del corpo.

Abbiamo suddiviso il campione in tre categorie: soggetti che non presentavano disagio corporeo, soggetti con disagio corporeo moderato e infine soggetti con disagio corporeo marcato.

Per la creazione di queste categorie abbiamo confrontato i punteggi al BUT (GSI e sottoscale) con i valori normativi usati per lo studio di validazione del test (Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel PE, 2006) ed in particolare le medie del sottocampione corrispondente al sesso e all'età dei nostri soggetti.

I soggetti i cui punteggi non si discostavano più di una deviazione standard (DS) dalla media del sottocampione sono stati inseriti nella categoria disagio corporeo non presente, coloro i cui punteggi si discostavano di più di una DS dalla media, sono stati inseriti nella categoria disagio corporeo moderato, coloro i cui punteggi si discostavano più di due DS dalla media in disagio corporeo marcato.

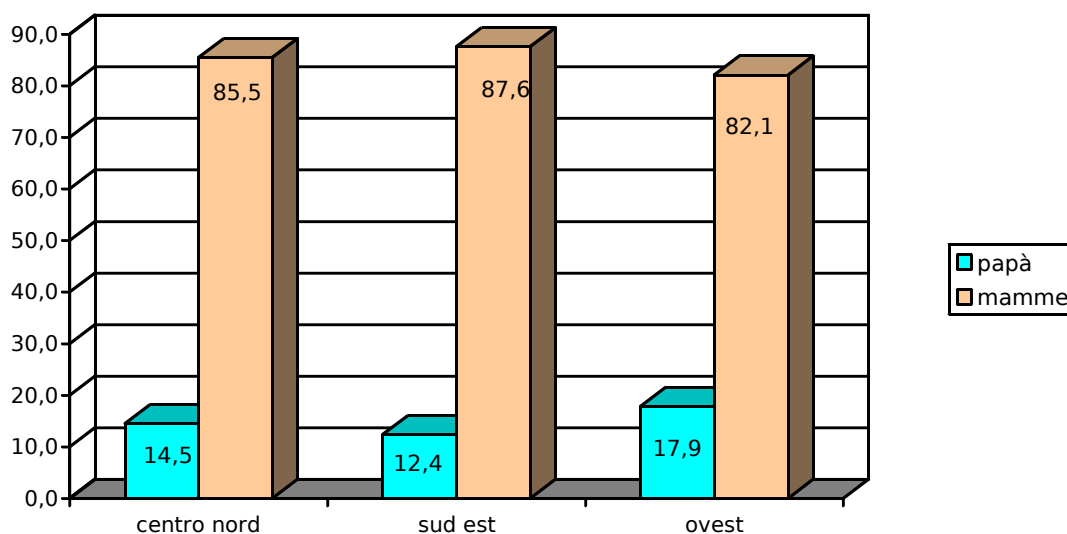
I dati sono stati inseriti ed elaborati in Excel per le frequenze semplici e in SPSS PC+ per le frequenze complesse. Nella presente pubblicazione vengono riportati grafici e tabelle relative ai dati emersi come più significativi al Test statistico del Chi-Quadro (alta significatività quando il test è il più vicino possibile allo 0).

Caratteristiche del campione di riferimento

L'indagine ha interessato complessivamente 497 ragazzi dai 15 ai 16 anni dei distretti sociosanitari Centro Nord, Ovest e Sud Est della provincia di Ferrara, che si recano alla pediatria di comunità per l'ultima vaccinazione obbligatoria. Inoltre, grazie alla possibilità della presenza di rilevatori, presso gli ambulatori, debitamente formati sulle tecniche di indagine sociale, si è potuto analizzare il confronto tra genitori accompagnatori e figli, sottoposte a vaccinazione. Nella fattispecie, si sono intervistati 436 tra mamme e papà; ciò ha consentito di fare un'ulteriore elaborazione, incrociando atteggiamenti e percezioni genitoriali con quelli dichiarati dai figli.

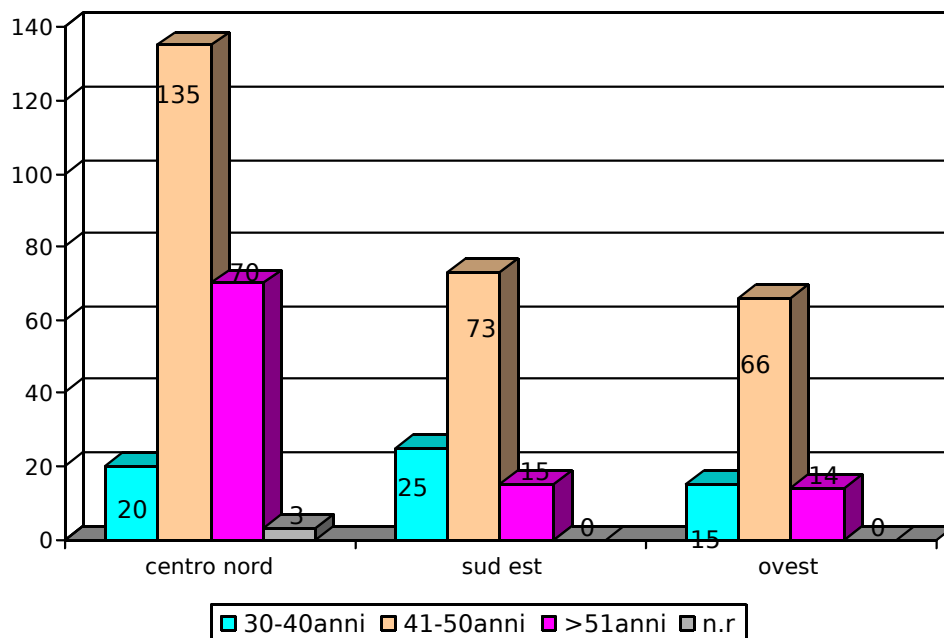
Il campione dei genitori (Graf.1), in totale 436, a cui è stato somministrato il questionario, è costituito per la stragrande maggioranza di mamme: 195 vs 33 papà nel Distretto Centro Nord, 99 vs 14 papà nel Distretto Sud Est e 78 vs 17 papà nel Distretto Ovest.

Graf.1 - Il campione dei genitori - dati, in valori percentuali, disaggregati per sesso

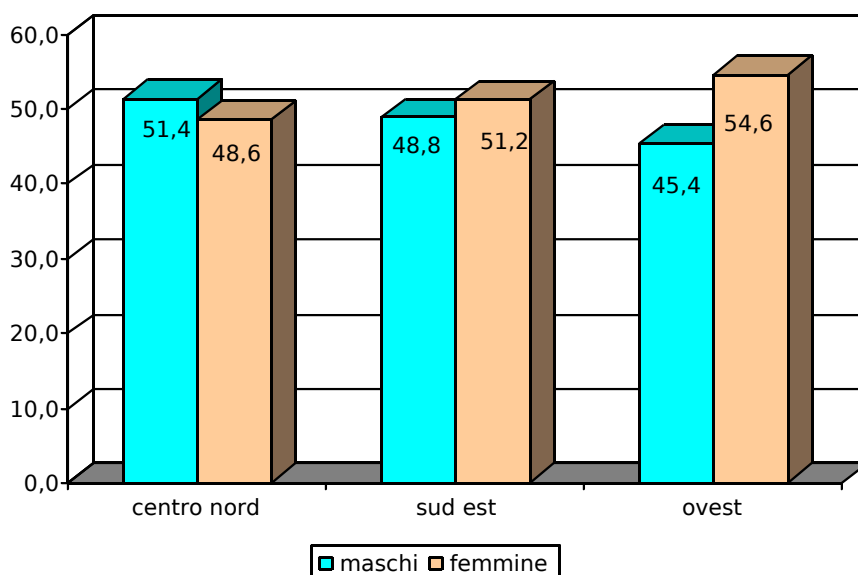


Per approfondire ulteriormente lo studio, si è anche disaggregato (graf.2) il gruppo delle mamme e dei papà per classi di età (variabile questa, emersa come significativa nell'incrocio di atteggiamenti e immagini di sé). A prescindere da una piccola percentuale di non risposte (0,7%) gli adulti intervistati sono per la maggioranza - 62,8% - collocati nella classe intermedia di età che va dai 40 ai 50 anni, il 13,8% ha dai 30 ai 40 anni e, infine, i cinquantenni e oltre costituiscono il 22,7% del campione.

Graf.2 - Il campione dei genitori - dati, in valori assoluti, disaggregati per età



Graf.3 - Il campione dei figli - dati, in valori percentuali, disaggregati per sesso



Il campione degli adolescenti (graf.3), pari a 497, essendo tutti tra i 15 e i 16 anni di età, è stato disaggregato per sesso e distretto di residenza. Complessivamente i maschi sono 245 (49,3%) e le femmine 252 (50,7%). Più

precisamente 255 ragazzi intervistati (pari al 51,3% dell'intero campione) vivono nel distretto Centro Nord (131 maschi e 124 femmine); 123 (24,7% di tutto il gruppo sperimentale: 60 maschi e 63 femmine) nel Sud Est; 119 (23,9% del totale: 54 maschi e 65 femmine) nei comuni del Distretto Ovest.

Il questionario per i ragazzi

Cari ragazzi, vi chiediamo cortesemente di compilare il questionario assolutamente anonimo sul tema più generale dell'alimentazione. Questo ci sarà di grande aiuto per orientare in modo calibrato interventi informativi, formativi, educativi, per i giovani. Grazie per la collaborazione!

Sesso: M F

Data di nascita: _____

Altezza in cm _____ Peso attuale in kg _____

Sport no si n° complessivo ore a settimana _____

Attività fisica (passeggiate, bicicletta etc.): n° complessivo ore a settimana _____

Numero di sigarette al giorno _____

Alcolici:

Tutti i giorni

Una-due volta a settimana

Raramente

Mai

Vino n° bicchieri a settimana _____

Birra n° bicchieri a settimana _____

Aperitivi n° bicchieri a settimana _____

Liquori n° bicchieri a settimana _____

Sostanze di abuso (compresi gli spinelli)

Non mi è mai capitato

Mi è capitato qualche volta di usarne

Mi è capitato spesso di usarne

Non ne posso fare a meno

Indica con una X la risposta più vicina alla tua esperienza e a quello che senti

mai raramente talvolta spesso molto spesso sempre

1. Trascorro molto tempo davanti allo specchio

2. Non mi fido del mio aspetto: temo che cambi, all'improvviso

3. Mi piacciono gli abiti che nascondono le forme del mio corpo

4. Passo molto tempo pensando a certi difetti della mia immagine fisica

5. Quando mi spoglio evito di guardarmi

6. Penso che la mia vita cambierebbe profondamente se potessi correggere alcuni miei difetti estetici

7. Mangiare in presenza di altri mi provoca ansia

8. Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di stare con gli altri

9. Ho il terrore di ingrassare

10.Faccio lunghi confronti fra il mio aspetto e quello degli altri

11.Se comincio a guardarmi mi è difficile smettere

12.Farei qualsiasi cosa per modificare certe parti del mio corpo

13.Resto in casa ed evito di farmi vedere dagli altri

14.Mi vergogno dei bisogni fisici del mio corpo

15.Mi sento deriso/a per il mio aspetto

16.Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di studiare o lavorare

17.Cerco nello specchio un'immagine di me che mi soddisfi e continuo a scrutarmi finchè non la trovo

18.Mi sento più grasso/a di quello che dicono gli altri

19.Evito gli specchi

20.Ho l'impressione che la mia immagine cambi continuamente

21.Vorrei avere un corpo secco e duro

22.Sono insoddisfatto/a del mio aspetto

23.Il mio aspetto fisico è deludente rispetto alla mia immagine ideale

24.Vorrei sottopormi a qualche intervento di chirurgia estetica

25.L'idea di vivere con l'aspetto che ho mi è insopportabile

26.Mi guardo allo specchio e provo un senso di inquietudine e di estraneità

27.Temo che il mio corpo cambi contro la mia volontà in modi che non mi piacciono

28.Mi sento scollato/a dal mio corpo

29.Ho la sensazione che il mio corpo non mi appartenga

30.Il pensiero di alcuni miei difetti fisici mi tormenta tanto da impedirmi di avere una vita sessuale

31.Mi osservo in quello che faccio mi chiedo come appaio agli altri

32.Vorrei decidere io che aspetto avere

33.Mi sento diverso/a da come mi vedono gli altri

34.Mi vergogno del mio corpo

Quali sono gli aspetti, in particolare del tuo corpo, che più detesti?

statura

forma della testa

forma del viso

pelle

capelli

fronte

sopracciglia

occhi

naso

labbra

bocca

denti

orecchie

collo

mento

baffi

barba

pelì

spalle

braccia

mani

torace

mammelle

stomaco

ventre

genitali

natiche

anche

cosce

ginocchia

gambe

caviglie

piedi

odore

rumori

sudare

arrossire

Indica con una X la risposta più vicina alla tua esperienza

	mai	raramente	talvolta	spesso	molto spesso	sempre
1. ho una paura terribile di ingrassare						
2. quando ho fame evito di mangiare						
3. penso al cibo con preoccupazione						
4. mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere						
5. ho l'abitudine di tagliare il cibo in piccolissimi pezzi						
6. faccio molta attenzione alle calorie dei cibi che mangio						
7. evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pane, pasta, dolci)						
8. sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più						
9. mi capita di vomitare dopo mangiato						
10. mi sento molto in colpa dopo mangiato						
11. mi tormenta il desiderio di essere più sottile						
12. mentre faccio sport penso alle calorie che sto bruciando						
13. gli altri pensano che sono troppo magro/a						
14. mi preoccupa l'idea di avere grasso nel corpo						
15. impiego più tempo degli altri per mangiare						
16. evito cibi dolci						
17. mangio cibi dietetici						
18. sento che il cibo domina la mia vita						
19. mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame						
20. sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi						
21. dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri						
22. mi dispero se mangio dei dolci						
23. mi impegno in programmi di dieta						
24. mi piace che il mio stomaco sia vuoto						
25. mi piace provare nuovi cibi molto conditi						
26. ho l'impulso a vomitare dopo mangiato						

Attualmente mi considero: troppo magro/a normale troppo grasso/a

Peso massimo nella vita: kg.....all'età di.....

Peso minimo nella vita: kg.....all'età di.....

Quante diete hai seguito nella tua vita per almeno un mese?.....

A che età hai fatto la prima dieta prescritta da un medico e l'hai seguita per almeno un mese?

A che età hai fatto la prima dieta autoprescritta e l'hai seguita per almeno un mese?

Grazie per la collaborazione!

Il questionario per i genitori

Gentilissime mamme e papà,

l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara opera da anni nell'ambito della ricerca sociale sulle tendenze, i comportamenti e gli stili di vita dei giovani cittadini.

In virtù di questa missione, è attiva una collaborazione tra Comune di Ferrara, Settore Pediatria di Comunità dell'Azienda Usl e Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, per rilevare in maniera assolutamente anonima e spontanea, dati che poi risultano essere di notevole rilevanza per la programmazione di interventi informativi, formativi, educativi a supporto del fondamentale compito che Voi genitori già svolgete per la comunità.

Pertanto, vi chiediamo cortesemente di compilare il seguente questionario anonimo, autorizzando nel contempo, tale cosa, anche per suo/a figlio/a. I dati ottenuti verranno elaborati in modo aggregato e non riconducibile ai soggetti intervistati. L'indagine in oggetto è di monitoraggio sugli stili alimentari e di qualità della vita.

Sesso: M F

Data di nascita: _____

Altezza in cm _____

Peso attuale in kg _____

Sport no si n° complessivo ore a settimana _____

Attività fisica (passeggiate, bicicletta etc.): n° complessivo ore a settimana _____

Numero di sigarette al giorno _____

Alcolici:

Tutti i giorni

Una-due volta a settimana

Raramente

Mai

Vino n° bicchieri a settimana _____

Birra n° bicchieri a settimana _____

Aperitivi n° bicchieri a settimana _____

Liquori n° bicchieri a settimana _____

Sostanze di abuso (compresi gli spinelli)

Non mi è mai capitato

Mi è capitato qualche volta di usarne

Mi è capitato spesso di usarne

Non ne posso fare a meno

Indica con una X la risposta più vicina alla tua esperienza e a quello che senti

mai raramente talvolta spesso molto spesso sempre

1. Trascorro molto tempo davanti allo specchio

2. Non mi fido del mio aspetto: temo che cambi, all'improvviso

3. Mi piacciono gli abiti che nascondono le forme del mio corpo

4. Passo molto tempo pensando a certi difetti della mia immagine fisica

5. Quando mi spoglio evito di guardarmi

6. Penso che la mia vita cambierebbe profondamente se potessi correggere alcuni miei difetti estetici

7. Mangiare in presenza di altri mi provoca ansia

8. Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di stare con gli altri

9. Ho il terrore di ingrassare

10. Faccio lunghi confronti fra il mio aspetto e quello degli altri

11. Se comincio a guardarmi mi è difficile smettere

12. Farei qualsiasi cosa per modificare certe parti del mio corpo

13. Resto in casa ed evito di farmi vedere dagli altri

14. Mi vergogno dei bisogni fisici del mio corpo

15. Mi sento deriso/a per il mio aspetto

16. Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di studiare o lavorare

17. Cerco nello specchio un'immagine di me che mi soddisfi e continuo a scrutarmi finchè non la trovo

18. Mi sento più grasso/a di quello che dicono gli altri

19. Evito gli specchi

20. Ho l'impressione che la mia immagine cambi continuamente

21. Vorrei avere un corpo secco e duro

22. Sono insoddisfatto/a del mio aspetto

23. Il mio aspetto fisico è deludente rispetto alla mia immagine ideale

24. Vorrei sottopormi a qualche intervento di chirurgia estetica

25. L'idea di vivere con l'aspetto che ho mi è insopportabile

26. Mi guardo allo specchio e provo un senso di inquietudine e di estraneità

27. Temo che il mio corpo cambi contro la mia volontà in modi che non mi piacciono

28. Mi sento scollato/a dal mio corpo

29. Ho la sensazione che il mio corpo non mi appartenga

30. Il pensiero di alcuni miei difetti fisici mi tormenta tanto da impedirmi di avere una vita sessuale

31. Mi osservo in quello che faccio mi chiedo come appaio agli altri

32. Vorrei decidere io che aspetto avere

33. Mi sento diverso/a da come mi vedono gli altri

34. Mi vergogno del mio corpo

Quali sono gli aspetti, in particolare del tuo corpo, che più detesti?

statura

forma della testa

forma del viso

pelle

capelli

fronte

labbra

bocca

denti

orecchie

collo

mento

spalle

braccia

mani

torace

mammelle

stomaco

anche

cosce

ginocchia

gambe

caviglie

pie

sopracciglia
occhi
naso

baffi
barba
peli

ventre
genitali
natiche

odore
rumori
sudare
arrossire

Indica con una X la risposta più vicina alla tua esperienza

	mai	raramente	talvolta	spesso	molto spesso	sempre
1. ho una paura terribile di ingrassare						
2. quando ho fame evito di mangiare						
3. penso al cibo con preoccupazione						
4. mi è capitato di mangiare con enorme voracità sentendomi incapace di smettere						
5. ho l'abitudine di tagliare il cibo in piccolissimi pezzi						
6. faccio molta attenzione alle calorie dei cibi che mangio						
7. evito in particolare i cibi con elevato contenuto di carboidrati (pane, pasta, dolci)						
8. sento che gli altri vorrebbero che io mangiassi di più						
9. mi capita di vomitare dopo mangiato						
10. mi sento molto in colpa dopo mangiato						
11. mi tormenta il desiderio di essere più sottile						
12. mentre faccio sport penso alle calorie che sto bruciando						
13. gli altri pensano che sono troppo magro/a						
14. mi preoccupa l'idea di avere grasso nel corpo						
15. impiego più tempo degli altri per mangiare						
16. evito cibi dolci						
17. mangio cibi dietetici						
18. sento che il cibo domina la mia vita						
19. mi piace mostrare un grande autocontrollo verso il cibo e dominare la fame						
20. sento che gli altri fanno pressioni su di me perché io mangi						
21. dedico al cibo troppo tempo e troppi pensieri						
22. mi dispero se mangio dei dolci						
23. mi impegno in programmi di dieta						
24. mi piace che il mio stomaco sia vuoto						
25. mi piace provare nuovi cibi molto conditi						
26. ho l'impulso a vomitare dopo mangiato						

Attualmente mi considero: troppo magro/a normale troppo grasso/a

Peso massimo nella vita: kg.....all'età di.....

Peso minimo nella vita: kg.....all'età di.....

Quante diete hai seguito nella tua vita per almeno un mese?.....

A che età hai fatto la prima dieta prescritta da un medico e l'hai seguita per almeno un mese?

A che età hai fatto la prima dieta autoprescritta e l'hai seguita per almeno un mese?

Grazie per la collaborazione!

I DISTURBI ALIMENTARI

Cos'è un disturbo del comportamento alimentare.

Tra le problematiche psichiatriche e psicologiche della nostra epoca, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno assunto negli ultimi decenni un rilievo clinico e sociale di notevoli dimensioni.

Sembrano essere una modalità attuale per esprimere altre forme di disagio psichico riguardanti per esempio difficoltà di crescita nel periodo adolescenziale o problematiche famigliari.

La diagnosi di anoressia nervosa (AN) fu ufficialmente introdotta da Gull e Lasègue nel 1873, e fu per più di cento anni la sola diagnosi di disturbo alimentare. Solo nel 1979 Russel introdusse la diagnosi di bulimia nervosa (BN), definendola come una pericolosa variante dell'AN; poco dopo venne ufficialmente introdotta nelle classificazioni internazionali.

Per il DSM-VI "i disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare [...] e dalla presenza di una alterata percezione del peso e della propria immagine corporea" (DSM-IV TR, APA, 2000).

I DCA, quindi, sono disturbi che non riguardano solo lo stile alimentare ma che, in modo più ampio, coinvolgono pensieri ed emozioni legate al cibo e al proprio corpo. La caratteristica principale di questi disturbi è una modificazione del consueto comportamento alimentare, associata ad altri modi di agire o preoccupazioni che derivano da una valutazione estremamente negativa del proprio corpo, della sua immagine e del peso, vissuti dal soggetto con grandi apprensione e sofferenza. L'insorgenza dei DCA è facilitata da una focalizzazione sul corpo e da una distorta e negativa percezione di sé stessi (dispercezione corporea o dell'immagine corporea), che si traduce in insoddisfazione per il proprio aspetto, per forma e taglia corporee. Ed è tale insoddisfazione che tende a generare quel comportamento alimentare che definiamo alterato.

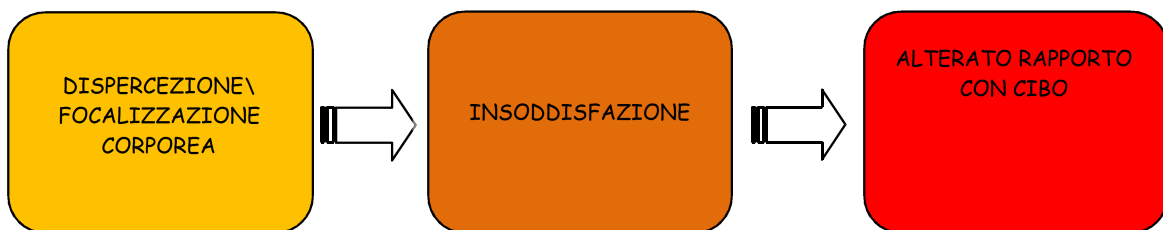


Fig.1

Per dispercezione dell'immagine corporea si intende l'alterazione del modo di percepire il proprio corpo o alcune parti di esso, che appaiono agli occhi del soggetto sproporzionati rispetto alla realtà (sproporzionalmente grandi o piccoli).

La percezione di sé grossa e gonfia o piccola ed esile, ma in ogni caso sgradevole per il soggetto, è così forte e intensa da farla sentire reale ai soggetti che, dunque, fanno il possibile per migliorarla.

Chiaramente una siffatta dispercezione corporea è segnale di psicopatologia e occupa un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA.

L'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo dipende molto da come un individuo si vede dal di dentro indipendentemente dal reale aspetto fisico. E' dunque opportuno definire e distinguere due concetti fondamentali: aspetto fisico e immagine corporea.

Quando si parla di aspetto fisico si fa riferimento all'involucro esterno, equivalente a come le altre persone ci vedono, mentre l'immagine corporea si riferisce al modo in cui pensiamo, percepiamo e valutiamo il nostro corpo dal di dentro è un costrutto mentale, che risente enormemente delle emozioni e degli stati d'animo e proprio per questo può non avere un riscontro oggettivo.

La classificazione dei disturbi alimentari

Dal 1994, anno di pubblicazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'associazione Psichiatrica Americana (DSM-IV), si distinguono due principali disturbi dell'alimentazione: anoressia nervosa e bulimia nervosa. Accanto ad essi è stata descritta un'ampia ed eterogenea categoria di disturbi dell'alimentazione atipici (DCA NAS), che include tratti caratteristici del disturbo dell'alimentazione ma non i suoi criteri diagnostici. All'interno della categoria DCA NAS negli anni recenti ha suscitato un vasto interesse il disturbo da alimentazione incontrollata.

ANORESSIA NERVOSA [cod.307.1]

Criteri diagnostici

- a) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quello previsto; o in età evolutiva, mancanza dell'aumento di peso previsto, che porta a un peso corporeo inferiore all'85% di quello atteso).
- b) Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso
- c) Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso
- d) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni)

Specificare il sottotipo:

tipo restrittivo: durante l'episodio di Anoressia Nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

tipo purgativo: durante l'episodio attuale di Anoressia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

a) RICORRENTI ABBUFFATE.

Una abbuffata è caratterizzata da entrambe le caratteristiche seguenti:

- mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo ed in circostanze simili

- sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando)

b) Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

c) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi

d) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo

e) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa

Specificare il sottotipo:

tipo purgativo: durante l'episodio di Bulimia Nervosa il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi

tipo non-purgativo: durante l'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito autoindotto o all'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi

La categoria Disturbi dell'Alimentazione Non altrimenti Specificati (DCA NAS) include quei disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NON ALTRIMENTI SPECIFICATI

Gli esempi includono:

- 1) Per il sesso femminile, tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare
- 2) Tutti i criteri dell'Anoressia Nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale risulta nei limiti della norma
- 3) Tutti i criteri della Bulimia Nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno una frequenza inferiore a 2 episodi per settimana per 3 mesi
- 4) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo avere ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti)
- 5) Il soggetto ripetutamente mastica e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo
- 6) Disturbo da Alimentazione Incontrollata: ricorrenti episodi abbuffate in assenza delle regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche della Bulimia.

entità clinicamente e descrittivamente rilevanti, che possono anticipare o far seguito ad una sindrome completa, o, pur rimanendo tali, essere accompagnate da significativa sofferenza psicologica (depressione, tentativi di suicidio, disturbi somatoformi) o da complicanze organiche. La possibilità che tale sintomatologia anticipi l'estrinsecazione di una sindrome completa rende particolarmente importante, ai fini della prevenzione secondaria la loro individuazione. Infine, nella popolazione generale spesso si possono ritrovare molteplici aspetti riconducibili ai disturbi alimentari come forme subcliniche che non hanno l'intensità delle patologie complete o solamente alcuni "tratti" tipici dei disturbi alimentari: per esempio donne giovani che mantengono un peso appena al di sotto dei limiti della norma, ipercontrollo sul cibo senza arrivare ai digiuni anoressici ecc. E' importante studiare questi tratti per capire meglio i fattori che possono precipitare un disturbo completo o per rafforzare i fattori di protezione rispetto ad un esordio di disturbo alimentare.

Un discorso a parte va fatto per il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder, BED) che ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse

crescente per i suoi legami con l'obesità. La sindrome, identificata da Stunkard nel 1959, si manifesta in un sottogruppo di pazienti obesi che presentano un pattern alimentare tipico, caratterizzato dal consumo episodico di grandi quantità di cibo, seguito da sofferenza psicologica, sensi di colpa, autoaccusa e tentativi di seguire diete restrittive.

La presenza di BED, associato a grave disagio corporeo o depressione, può non solo concorrere a creare una condizione di sovrappeso\obesità ma anche aggravarla, sia per la presenza di abbuffate sia per l'associazione a iperfagia ai pasti principali; può inoltre costituire un grave ostacolo al trattamento sul calo di peso, considerando che il discontrollo alimentare è aggravato dalla restrizione dietetica.

Spesso i pazienti non sono del tutto consapevoli del disturbo alimentare e ciò rende molto impegnativo sia una diagnosi precoce, sia l'invio ad un trattamento adeguato che, per le linee guida internazionali (APA, NICE etc), deve essere multidisciplinare.

Diventa così importante individuare il prima possibile i disturbi per curarli e

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

E' caratterizzato da:

A. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata. Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:

- mangiare, in un periodo definito di tempo (ad es. entro un periodo di due ore), una quantità di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili
- sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando)

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:

- mangiare molto più rapidamente del normale
- mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
- mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
- mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate

C. E' presente marcato disagio riguardo del mangiare incontrollato

1. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.

Nota: il metodo per determinare la frequenza è diverso da quello usato per la Bulimia Nervosa; la ricerca futura dovrebbe indicare se il metodo preferibile per individuare una frequenza-soglia sia quello di contare il numero di giorni in cui si verificano le abbuffate, oppure quello di contare il numero di episodi di alimentazione incontrollata 2. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es. uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico)

In tema di obesità, l'attenzione dei ricercatori si è concentrata a lungo sugli aspetti organici e genetici, tralasciando il ruolo dei fattori psicologici e ambientali (Doherty&Harkaway, 1990) che in anni recenti sono stati oggetto di grande attenzione. La diagnosi di obesità non basandosi su sintomi psicopatologici o comportamentali, non figura nelle correnti classificazioni psichiatriche (ICD-10, 1992; DSM-IV-TR, 2000) ed in particolare, non rientra fra i disturbi dell'alimentazione (eating disorders). Tuttavia, sappiamo che gli aspetti psicopatologici e lo stile di vita svolgono un ruolo importante nella sua patogenesi e che la sua cura a lungo termine è in larga misura affidata a cambiamenti strutturali, di ordine comportamentale e psicologico. M.J. Devlin (Devlin, 2007), in un suo recente lavoro, ha posto il problema se l'obesità possa essere considerata una patologia psichiatrica e, quindi, figurare nella prossima edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V); i dati di cui disponiamo sono molto interessanti, assimilando la condizione obesità a situazioni che ritroviamo in soggetti affetti da disturbi mentali (dipendenze patologiche, DCA, instabilità affettiva) ma attualmente non sono sufficienti a giustificare una revisione dell'attuale nosologia.

L'instabilità diagnostica dei DCA

L'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi alimentari atipici condividono alcune caratteristiche cliniche tra cui l'eccessiva importanza attribuita a peso, forme corporee e al controllo dell'alimentazione. Questa attualmente viene considerata la psicopatologia centrale dei DCA ed è presente in modo pressoché identico sia nelle femmine che nei maschi affetti da questi disturbi.

Mentre la maggior parte delle persone si valuta sulla base della percezione delle prestazioni eseguite nei vari domini della vita (es. relazioni, lavoro, sport, ruolo genitoriale ...), le persone affette da DCA giudicano il loro valore largamente, e in alcuni casi esclusivamente, in termini di peso, forme corporee, e controllo alimentare.

Schema di attribuzione disfunzionale e funzionale.

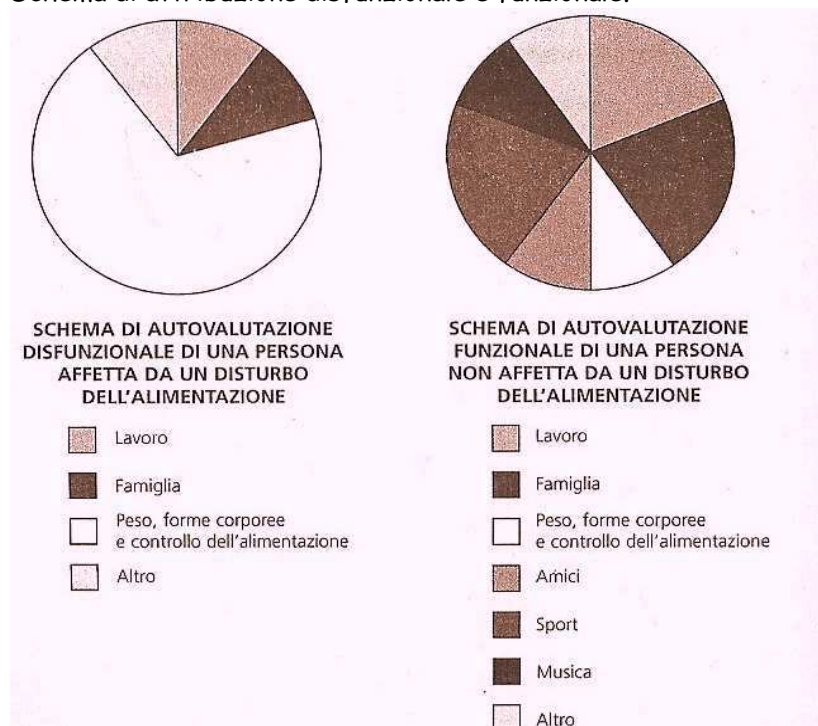


Fig.2. Dalle Grave, 2003.

Studi longitudinali hanno evidenziato un movimento temporale tra le tipologie di DCA: ad esempio chi non guarisce dall'AN frequentemente passa alla BN, con il risultato che circa un quarto dei pazienti con BN ha una storia pregressa di AN. In questo passaggio si osserva una modificazione dei fattori connessi ma la psicopatologia centrale del disturbo rimane invariata. E lo stesso si può dire per i DCA Nas che sono spesso l'esito comune di AN o BN o viceversa. Pertanto, un disturbo dell'alimentazione che persiste dall'adolescenza all'età adulta in genere si modifica nel tempo, assumendo caratteristiche differenti a fronte di un nucleo psicopatologico che però rimane inalterato.

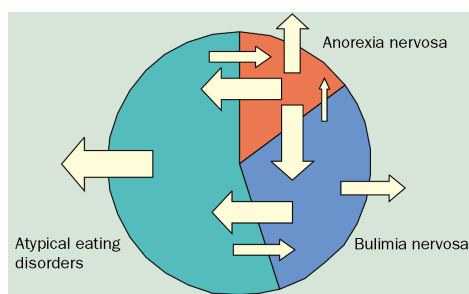


Fig.3. Dalle Grave, 2003.

Il grafico illustra schematicamente il movimento temporale tra i disturbi dell'alimentazione. La dimensione delle frecce indica la probabilità del movimento nella direzione indicata, le frecce orientate verso l'esterno indicano la guarigione.

Disturbi alimentari: quali cause?

In letteratura è possibile trovare diverse teorizzazioni sui DCA e ognuna di esse tende a focalizzare l'attenzione su un aspetto più o meno circoscritto dell'eziopatogenesi dei disturbi.

Il modello bio-psico-sociale riassume la complessità dei diversi fattori in gioco nella genesi e nel mantenimento di un DCA: biologici, individuali e socioculturali che possono essere, seppure con pesi differenti, predisponenti, precipitanti e perpetuanti (Grafinkel, Garner, 1982).

- Fattori predisponenti: genetica, personalità, fattori biologici, fattori socio-culturali.

Sono precondizioni necessarie per l'insorgenza di un particolare disturbo, elementi già presenti nella persona o nell'ambiente prima che il disturbo alimentare emerga.

- Fattori precipitanti o scatenanti: scarse relazioni con il proprio gruppo, tensioni familiari, perdita di una persona amata, l'inizio della pubertà, ecc...

Sono fattori che sembrano dare inizio al disturbo alimentare e possono agire solo in presenza delle necessarie precondizioni.

- Fattori perpetuanti o di mantenimento: una volta che il disturbo alimentare si è sviluppato, ogni fattore precipitante che persiste può contribuire a mantenerlo.

Sono quindi fattori che mantengono il disturbo e rendono difficile il processo di guarigione (Bryant-Waugh e Lask, 2002).

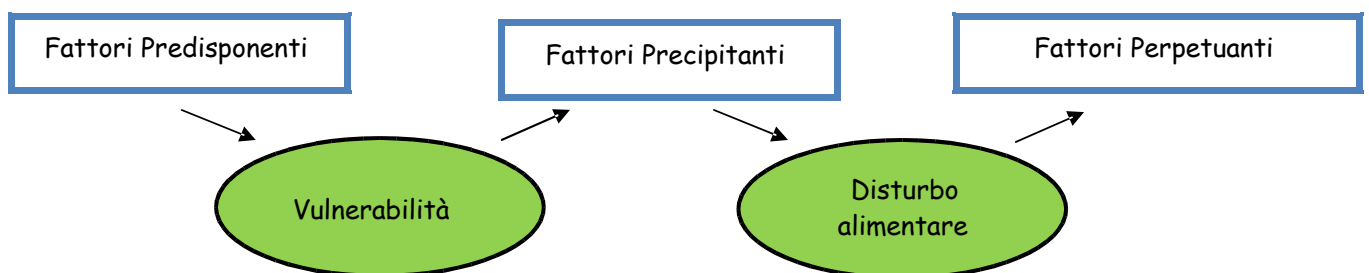


Fig. 4I tre fattori P

Oltre ad essere numerose, le cause dei disturbi alimentari possono manifestarsi in varie combinazioni: nessun fattore singolo può essere sufficiente per determinarli bensì è importante considerarne l'interazione.

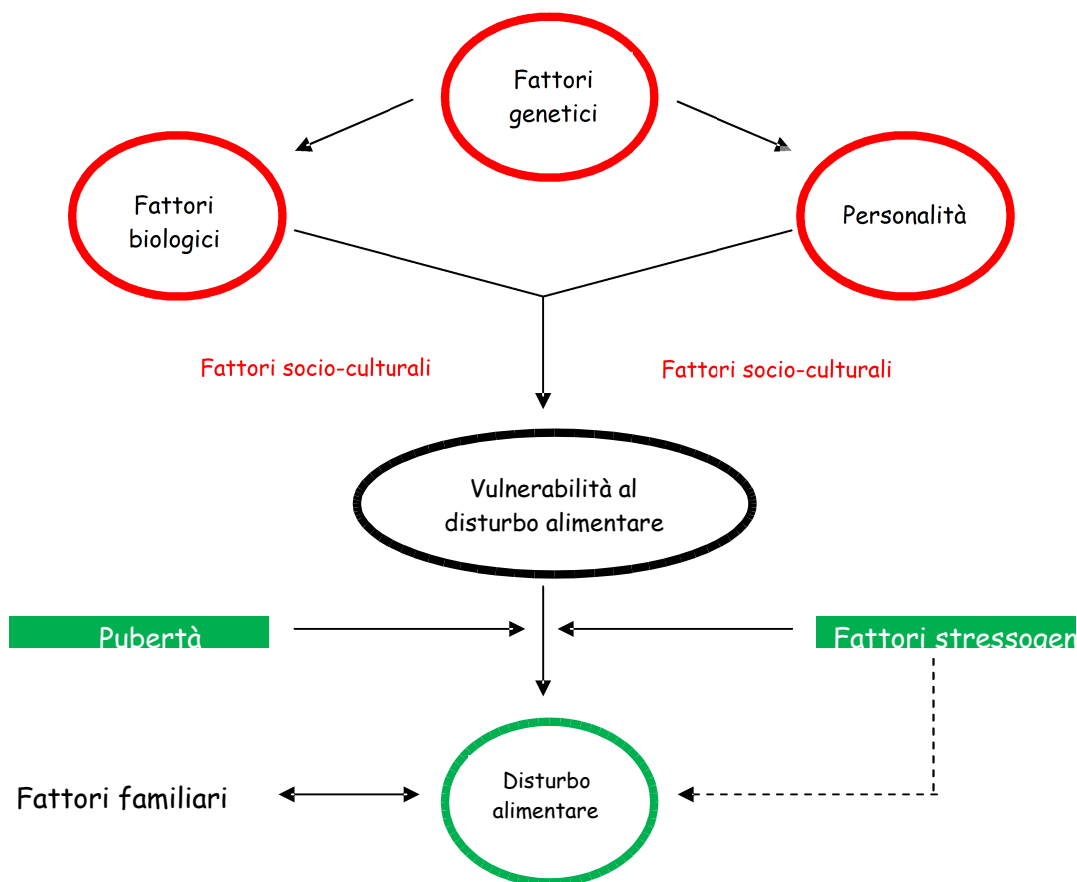


Fig.5. Natura multifattoriale dei disturbi del comportamento alimentare

Epidemiologia

Negli ultimi anni i Disturbi del Comportamento Alimentare sono stati oggetto di attenzione per l'aumento dei casi rilevati nella pratica clinica, e ampiamente documentati nella letteratura scientifica. Secondo alcuni autori, l'incremento è considerevole soprattutto nel mondo occidentale, secondo altri è invece solo migliorata la capacità di individuarli e curarli. L'età considerata più a rischio per l'insorgenza di un DCA è tra i 14 e i 25 anni: tra i 14 e i 19 per l'Anoressia Nervosa e tra i 20 e i 24 anni per la Bulimia Nervosa. Per quanto riguarda il disturbo da alimentazione incontrollata l'insorgenza avviene tipicamente nella tarda adolescenza o all'inizio della terza decade. Nel Documento Ministeriale del 1998 i valori di prevalenza in Italia nelle donne fra i 12 e 25 anni sono: Anoressia Nervosa 0.3%, Bulimia Nervosa 1%, altri disturbi alimentari 6%.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) è calcolato intorno al 10-30% della popolazione obesa adulta, benché la sua valutazione dipenda molto dai diversi criteri diagnostici utilizzati dai ricercatori (scende a 3-7% se si utilizzano le rigorose indicazioni del DSM-IV). Secondo questi dati dovremmo

attenderci che nella popolazione dell'Emilia-Romagna siano presenti dalle 4.000 alle 8.000 persone affette da DCA, di cui oltre 4.000 persone con AN / BN. Escludendo la popolazione femminile, su cui non abbiamo soddisfacenti riferimenti di letteratura, tenendo conto delle fasce di età su cui è stata condotta l'indagine, fra la popolazione femminile di 14-25 anni (217.499 in Emilia-Romagna) l'atteso è di 652 casi con Anoressia Nervosa, 2.175 con Bulimia Nervosa e 13.050 Altri disturbi alimentari.

Uno studio olandese (Hoek 1996) mostra come solo il 43 % dei casi di Anoressia arrivi al medico di base e di questi solo il 79% arrivi in un centro specialistico; per la Bulimia solo l'11% arriva al medico di base e di questi solo il 51% arriva in un centro specialistico.

I dati sottolineano l'esorbitante numero di persone portatrici di un Disturbo del Comportamento Alimentare che non richiede aiuto alle strutture mediche, incrementando la tendenza alla cronicizzazione tipica del disturbo alimentare stesso.

Per quanto riguarda sovrappeso e obesità, la loro prevalenza viene considerata un'importante questione inerente la salute pubblica tanto che in un rapporto OMS del 2001 si parla di *Globesity* per indicarne il preoccupante incremento.

All'inizio del XXI secolo si può affermare che la prevalenza e l'incidenza dell'obesità, abbiano raggiunto le caratteristiche di una epidemia, in rapida espansione in tutte le età della vita. Nelle società più ricche l'eccesso di peso è più diffuso negli strati socioeconomici più bassi e in età più avanzate. La presenza percentuale più elevata di casi di obesità si osserva nella fascia di età compresa tra i 50 e i 60 anni e rimane elevata anche oltre gli 80.

Il fenomeno è spiegato dalla storia naturale dell'obesità e dal prolungamento della durata media della vita. In Italia la prevalenza dell'obesità nella popolazione adulta si aggira intorno al 10% (più o meno al pari di Francia e Svizzera) e varia a seconda delle regioni: è più elevata al sud e nelle isole rispetto al centro e al nord. L'obesità in Italia sembra meno frequente rispetto a paesi come il Regno Unito e l'Australia (dove colpisce più del 20% degli adulti) e degli Stati Uniti (dove riguarda circa il 30% della popolazione adulta); tuttavia se consideriamo che la prevalenza del sovrappeso nel nostro paese si avvicina al 40% dobbiamo concludere che l'eccesso ponderale, preso nel suo insieme, investe circa la metà della popolazione italiana con maggior frequenza negli uomini. Considerando i dati epidemiologici riportati, è possibile notare come l'obesità sia diversamente distribuita in base a fasce d'età, condizioni socioeconomiche e fattori culturali. Sono influenti inoltre fattori demografici come il sesso e il gruppo etnico, nonché fattori biologici e comportamentali. Tutte queste variabili sicuramente possono

incidere sulla salute fisica del soggetto ma gravano pesantemente anche sul suo mondo psichico.

L'eterogeneità della condizione di obesità deriva dalle diverse dinamiche che tali fattori assumono nelle differenti situazioni individuali.

Diventa importante esaminare le componenti psicologiche che incidono sulle modalità di percepire la realtà, se stessi e il rapporto con gli altri.

L'approccio ai disturbi del peso comporta l'adesione ad una prospettiva multidimensionale che analizzi tale tematica da molteplici angolature al fine di cogliere e trattare tutte le possibili cause (Cuzzolaro, 2002).

Quale prevenzione possibile?

All'interno di una concezione evolutiva della persona, secondo la quale ogni fase del ciclo di vita rappresenta una potenziale occasione di rimaneggiamento dell'equilibrio raggiunto nelle fasi di vita precedenti, l'adolescenza costituisce uno snodo evolutivo centrale, ricco di rischi e opportunità, teso alla definizione di

L'IDENTITÀ

Francesca Solmi

Il tema dell'identità in relazione con il benessere sociale, può avere occasioni preventive proprio nella prima infanzia, dove l'incontro con una socializzazione positiva è determinato dalle capacità, già naturalmente presenti nel bambino, di apprendere comportamenti affettivi in rispecchiamento a quelli che registra attorno a sé. La registrazione dei comportamenti e la successiva capacità di sperimentarli nel contatto con l'altro è determinata dalle emozioni. Il bambino apprende attraverso le emozioni, le registra le assimila e accomoda i successivi comportamenti. Quello che viene definito il senso del sé da Stern prende avvio nella relazione dal senso del sé nucleare, ovvero il sé di fronte all'altro, che prevede la possibilità di identificare le costanti del sé; pensiamo che i bambini intorno ai due o tre mesi, quando si impegnano in una interazione sociale appaiono pienamente integrati: "Sembrano affacciarsi alla relazione interpersonale con una prospettiva organizzante che ci fa pensare che abbiano un Senso integrato di sé stessi sotto forma di un corpo separato e compatto" (D.Stern, Il mondo interpersonale del bambino). È importante riconoscere questa forma integrata perché nel corso delle fasi evolutive i fattori condizionanti, in particolare i modelli sociali proposti dalla sottocultura mediatica interferiscono pienamente nella relazione tra l'identità in costruzione e il modo dell'individuo di riconoscere se stesso nel gruppo dei pari. In altre parole: per dire chi sono con buone probabilità di successo a chi devo assomigliare?

Già nella scuola dell'infanzia possiamo osservare frequenti disagi relativi ai meccanismi seduttivi nei confronti dell'adulto in correlazione a comportamenti alimentari preoccupanti. Questo a sottolineare che l'esperienza del sé nata nel bambino con queste competenze integrate, subisce rimandi contraddittori, spesso elusivi rispetto alle esigenze affettive del bambino stesso. L'emotività infantile, che necessita prima di tutto di riconoscimento, viene osservata e accolta dall'adulto in maniera distratta, come se questo aspetto fosse meno importante di un danno fisico. Il bambino richiede passaggi affettivi chiari e costanti al fine di poter apprendere emotivamente il benessere nella condivisione senza rinunciare a se stesso. Il cibo in particolare, quale forma di passaggio tra interno ed esterno, necessita di una attenzione centrata sul tema dell'interazione tra il senso del sé nucleare e l'aspetto affettivo e sociale. Se i problemi legati ai comportamenti alimentare hanno rilevato nei modelli culturali forme di apprendimento costante sul come essere per piacere nell'adolescenza, il passaggio antecedente, al fine di creare resistenza a modelli che inducono una trasformazione dell'identità a favore dell'altro, è quello di creare quotidianamente condizioni socio-affettive equilibrate in cui gli educatori non solo nella scuola dell'infanzia ma anche nella scuola primaria siano capaci di tradurre e riconoscere alle persone le proprie emozioni e le proprie competenze.

Il rapporto che l'adolescente instaura con il rischio assume diverse sfaccettature: da una fisiologica trasgressività, che può essere ricondotta alla ricerca di nuove esperienze, a condotte che possono mettere a rischio l'incolumità fisica e psichica. Alcuni comportamenti adolescenziali destano allarme sociale e rischi per la salute (abuso di droghe, rapporti sessuali non protetti, azioni delinquenti e disturbi alimentari), mentre altri possono tradursi in cattive abitudini in cui non prevale la spinta autolesiva quanto piuttosto una scarsa consapevolezza dei danni derivanti a medio/lungo termine (guida spericolata, abuso di droghe leggere, disadattamento scolastico, disordini alimentari).

Gli interventi di prevenzione vengono solitamente suddivisi in primari, secondari o terziari in base al momento in cui si agisce ovvero prima dell'insorgenza della malattia (prevenzione primaria), subito dopo le avvisaglie dei sintomi (prevenzione secondaria) o quando il disturbo è conclamato (prevenzione terziaria) e, pertanto, in coincidenza con il suo trattamento.

Fig.6. Scopi e modalità dei diversi tipi di intervento.

Tipi di prevenzione	Scopi	Mezzi
Prevenzione primaria	Ridurre o eliminare i fattori di rischio che contribuiscono a sviluppare un certo comportamento\patologia	Educazione Sensibilizzazione Informazione
Prevenzione secondaria	Ridurre la morbilità e il cronicizzarsi del disturbo	Identificazione precoce dei soggetti a rischio
Prevenzione terziaria	Trattare i soggetti affetti da patologia ormai conclamata e prevenire le complicanze	Trattamento e riduzione dei sintomi

Tale tradizionale classificazione concentrata sul sintomo e sull'obiettivo dell'intervento in una logica deterministica, si è rivelata inadeguata per cogliere la complessità dei fenomeni sociali .

L'Institute of Medicine (1994) ha riformulato il concetto di prevenzione del rischio, ponendo attenzione al tempo dell'intervento, in funzione dell'età di manifestazione del problema e delle caratteristiche della popolazione target. In virtù di questa idea, la prevenzione viene distinta in: universale (interventi per l'intera popolazione: mantenimento di una dieta adeguata, programmi scolastici di sviluppo delle abilità), selettiva (che si rivolge a individui appartenenti ad un sottogruppo in cui il rischio di sviluppare un disturbo è significativamente più alto della media: programmi prescolari per tutti i bambini che provengono da quartieri poveri), indicata (si applica a persone che sono state identificate come portatrici di chiari segni e sintomi prodromici, tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo: promozione delle abilità sociali in bambini che dimostrano precoci problemi comportamentali) .

Azioni di prevenzione per i DCA

Parlare di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare significa inoltrarsi in un territorio ancora sconosciuto; molti sono i quesiti sulla possibilità di prevenzione e non sono univoche le risposte, sia perché non si è ancora raggiunta una conoscenza esaustiva di tutti i

meccanismi coinvolti nel loro sviluppo, sia per le minime risorse dedicate alla ricerca in questo ambito.

La conoscenza sull'eziologia dei DCA si sta perfezionando ma ancora non è completa e il modello Multifattoriale resta quello più accreditato per evidenziare i fattori implicati e l'importanza delle loro reciproche interazioni nella genesi di un disturbo dell'alimentazione.

Dal punto di vista della prevenzione primaria quindi si ha un limite: la visione ancora parziale dei fattori implicati non permette la possibilità di programmare un intervento esaustivo (es. eliminare le pressioni sociali alla magrezza, modificare i fattori genetici ecc.) vd Fig.6.

Figura 7

Principali fattori di rischio dei disturbi dell'alimentazione evidenziati dalla ricerca

Adattata da Faiburnn CG e Harrison PJ, (2003). Lancet. Eating Disorders. 361, 407-416

Fattori di rischio generali

Sesso femminile

Adolescenza e prima età adulta

Vivere in una società occidentale

Fattori di rischio specifici-individuali

Storia familiare

- Disturbi dell'alimentazione

- Depressione

- Alcolismo (bulimia nervosa)

- Obesità (bulimia nervosa)

Esperienze premorbose

- Problemi con i genitori (specialmente basso contatto, alte aspettative, dispute genitoriali)

- Abusi sessuali

- Diete tra i familiari

- Commenti negativi sull'alimentazione, il peso e le forme corporee da familiari o altri

- Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza

- Esposizione ad immagini di persone magre nei media

Caratteristiche premorbose

- Bassa auto-stima

- Perfezionismo (anoressia nervosa e in misura minore bulimia nervosa)

- Interiorizzazione dell'ideale di magrezza

- Ansia e disturbi d'ansia

- Obesità (bulimia nervosa)

Negli ultimi dieci anni la prevenzione dei DCA è andata incontro a notevoli sviluppi: la priorità è stata data allo sviluppo di programmi scolastici, sia perché l'adolescenza è il periodo più a rischio per la comparsa di queste problematiche, sia perché la scuola è potenzialmente il luogo migliore dove progettare interventi

su fasce a rischio. In Italia sono stati implementati numerosi interventi soprattutto scolastici con protocolli di valutazione rigorosi e ricerche controllate che hanno fornito un considerevole bagaglio di conoscenze (Della Grave et Al., 1999; Santonastaso et Al.1999).

La prima generazione di programmi di prevenzione ha adottato un approccio educativo (didattico) che si è focalizzato su argomenti collegati alla nutrizione, all'immagine corporea e ai disturbi dell'alimentazione. Questo approccio è risultato utile nell'aumentare la conoscenza degli studenti ma inefficace nel modificare le attitudini e i comportamenti non salutari su peso, forme corporee e controllo dell'alimentazione, temi su cui si è maggiormente focalizzata la seconda generazione di programmi preventivi attraverso un approccio maggiormente interattivo ed esperienziale.

Due sono le teorie che attualmente dominano la ricerca sulla prevenzione scolastica dei DCA: il modello Disease-Specific Pathways (DSP) e quello Non-Specific Vulnerability-Stressor (NSVS) (Levine et Al, 2001; Albee et Al, 1997).

IL modello DSP è basato sull'analisi dei processi specifici che conducono allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione e postula che eliminando specifici fattori di rischio si riduce l'incidenza di queste patologie. Il modello NSVS postula invece che esista una relazione non specifica tra disturbi alimentari e stress, mancanza di abilità di coping e supporto sociale. Pertanto i programmi di prevenzione che fanno riferimento a questo modello si concentrano nel supporto degli studenti sullo sviluppo delle life skills generali per far fronte in modo efficace agli eventi stressanti della vita. Nella pratica, i programmi preventivi fino ad ora testati hanno usato una combinazione varia di tecniche derivate dai due modelli, sebbene ogni intervento abbia privilegiato una delle due teorie.

Conclusioni

Siamo ancora lontani dall'aver un quadro esaustivo dei fattori eziopatogenetici e delle loro interazioni; l'esplorazione delle combinazioni di tali fattori può avvenire attraverso studi su popolazione non clinica come la ricerca di seguito presentata. L'indagine su questi aspetti è interessante non solo per la ricaduta che può avere in termini terapeutici ma anche per progettare azioni di prevenzione sia primaria che secondaria che si basino su evidenze scientifiche.

In un'ottica di prevenzione primaria, l'obiettivo è rinforzare, a livello di popolazione generale, i fattori individuati come protettivi e contemporaneamente individuare gli aspetti associati ad una maggiore probabilità di evoluzione patologica nella popolazione considerata a rischio.

Infine, se si considera che spesso le prime fasi di malattia vi è da parte delle pazienti un atteggiamento di negazione del problema, diventa importante

promuovere, in un'ottica di prevenzione secondaria, azioni di informazione e sensibilizzazione al tema, rivolte a medici (di medicina generale e specialisti) e adulti di riferimento (genitori, docenti e operatori della scuola, allenatori, educatori che operano in realtà extrascolastiche...) migliorando la capacità di riconoscere i disturbi dell'alimentazione.

È fondamentale, a questo proposito, migliorare la comunicazione tra le diverse istituzioni (famiglia-scuola-sanità) per creare condizioni favorevoli a facilitare la domanda di aiuto.

