



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**RESTITUIRE PAROLE AL CORPO:
L'IMPORTANZA DEGLI INTERVENTI
EDUCATIVI-RIABILITATIVI NEI DCA**

Relatore: Chiar.mo

Prof. Filippo Romagnoli

Tesi di Laurea di:

Elisabetta Alimenti

A.A. 2019/2020

INDICE

Introduzione.....	4
Capitolo 1. I disturbi alimentari.....	7
1.1 Criteri diagnostici dei Disturbi Alimentari dal DSM-5.....	8
1.2 Epidemiologia dei DA: la diffusione del fenomeno.....	19
1.3 Le strutture di cura e l'importanza dell'équipe multidisciplinare.....	22
Capitolo 2. Corporeità nei DCA.....	27
2.1 La percezione del corpo: rincorrere “la perfezione”.....	27
2.2 Linguaggio e comunicazione attraverso il corpo.....	33
Capitolo 3. L'esperienza di tirocinio: il ruolo dell'educatore professionale nel Centro DCA di Fermo	36
3.1 La realtà del Centro DCA di Fermo.....	36
3.2 L'educatore professionale e gli strumenti della metodologia con il quale opera.....	41
3.3 Le attività educativo-riabilitative svolte nel Centro DCA di Fermo: l'importanza dell'uso della scrittura come mezzo espressivo.....	49

Capitolo 4. L'intervento educativo-riabilitativo durante l'emergenza sanitaria da Covid-19.....	59
4.1 Le misure adottate dal Centro DCA di Fermo: un nuovo modo di fare riabilitazione.....	59
4.2 L'efficacia delle attività educative-riabilitative in modalità online: l'analisi del questionario.....	66
Conclusioni.....	71
Bibliografia.....	74
Sitografia.....	76

Introduzione

Questa tesi ha lo scopo di evidenziare come gli interventi educativi-riabilitativi svolti con persone affette da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, possano favorire un'espressione di se stessi, del proprio disagio e malessere, per mezzo della parola e che non passi attraverso il corpo, come invece avviene principalmente nella patologia.

Ho scelto di trattare tale argomento dopo aver svolto il tirocinio formativo in un Centro per la diagnosi e il trattamento dei disturbi alimentari, a Fermo.

Durante questa esperienza ho potuto approfondire la conoscenza di queste patologie e sperimentare l'importanza dell'agire educativo, che attraverso progetti e laboratori strutturati rende possibile il recupero della parola, come forma espressiva, importante per il benessere della persona.

Nel primo capitolo della tesi vengono presentati i disturbi alimentari e vengono approfonditi i criteri clinico-diagnostici presenti nel DSM-5, ultima versione aggiornata del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali.

Inoltre, sono stati riportati alcuni dati epidemiologici, forniti dal Ministero della Salute, per offrire al lettore una panoramica chiara della notevole diffusione del fenomeno.

Nell'ultimo paragrafo che compone questo capitolo, vengono descritte le strutture di cura in Italia e viene sottolineata l'importanza della presenza di un'équipe multidisciplinare e multi-professionale nei vari livelli di assistenza, che offra un trattamento di cura più completo possibile per la persona.

Il secondo capitolo tratta il tema dell'immagine del corpo e come le persone affette da un disturbo alimentare tendono ad avere una visione distorta di questo, poiché percepiscono una forma e un peso diversi da come realmente sono e ciò li porta a una costruzione di un'immagine di sé fittizia. Viene analizzato il tema della perfezione, continuamente ricercata attraverso l'Altro, che funge da specchio e da cui si ricercano continue conferme e giudizi positivi, per dare valore a se stessi.

Inoltre, si pone l'attenzione al tema della comunicazione e a come il corpo diventi linguaggio per esprimere il proprio disagio interiore.

Nel terzo capitolo viene esposta nel dettaglio l'organizzazione della struttura dove ho svolto il tirocinio formativo e i ruoli delle varie figure professionali, che compongono l'équipe multidisciplinare.

Basandomi sulla mia esperienza di tirocinio, sono riportati gli strumenti metodologici con i quali l'Educatore Professionale opera all'interno della struttura e sono presentate le attività educative-riabilitative, con cui si cerca di stimolare il soggetto ad esprimere se stesso, i propri vissuti e pensieri, utilizzando soprattutto la scrittura come mezzo espressivo, favorendo una comunicazione che non passi per il corpo, ma attraverso la parola.

Infine, nel quarto e ultimo capitolo, sono esposte le misure adottate dal Centro DCA di Fermo durante l'emergenza sanitaria da Covid-19 e come, a causa di questo, si è cercato di trovare e attuare un nuovo modo di fare riabilitazione.

Inoltre, attraverso un questionario a domande aperte somministrato agli utenti del centro, ho voluto analizzare l'efficacia delle attività educative-riabilitative, svolte in

modalità online attraverso la piattaforma Skype for Business, sul percorso terapeutico di ogni utente.

Capitolo 1

I DISTURBI ALIMENTARI

Fin dalla nascita, l'alimentazione assume un ruolo primario e significativo nello sviluppo del soggetto e costituisce il primo rapporto del bambino con le sue figure di attaccamento e con l'ambiente esterno. Con l'allattamento, infatti, già dai primi giorni di vita, oltre a venire soddisfatto un bisogno fisiologico, il neonato instaura la sua prima relazione, quella con la madre, che fonderà le basi delle modalità con cui egli si relazionerà in futuro con gli altri e con il mondo. Perciò, quando si presentano difficoltà alimentari che possono diventare in seguito veri e propri disturbi, il cibo si configura come canale attraverso il quale il soggetto manifesta le sue difficoltà emotive e relazionali.

Infatti, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non sono legati solamente a problematiche organiche e alimentari, ma comprendono anche quelle psicologiche che coinvolgono la personalità del soggetto, il modo in cui percepisce il proprio corpo, il modo in cui si relaziona con gli altri e come questi ultimi influiscano sul modo di strutturarsi e presentarsi.

Di seguito, nel primo paragrafo, vengono presentati in dettaglio i vari Disturbi Alimentari e i criteri diagnostici descritti nell'ultima versione revisionata del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.

1.1

CRITERI DIAGNOSTICI DEI DISTURBI ALIMENTARI DAL DSM-5

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono un insieme di patologie caratterizzate da alterazioni di tipo psicologico delle abitudini alimentari.

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali tenta di formulare e porre dei criteri diagnostici riguardo ai disturbi alimentari, per consentire agli specialisti di offrire un trattamento di cura adeguato e mirato alle persone che soffrono di un disturbo alimentare.

Il DSM-5, redatto dall'APA (American Psychiatric Association) nel 2013, presenta varie modifiche e revisioni rispetto alla sua versione precedente, fornendo in questo modo criteri più specifici per una diagnosi completa della patologia.

Le principali novità riguardano l'aver raggruppato in un'unica categoria diagnostica, chiamata "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, l'aver fornito una nuova definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, l'aver incluso nuove categorie diagnostiche e modificato alcuni criteri diagnostici di più conosciuti disturbi come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.

Il DSM-5 fornisce la seguente definizione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o

assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”.¹

Le categorie diagnostiche sono:

- a) Pica
- b) Mericismo (rumination disorder)
- c) Disturbo alimentare evitante/restrittivo (avoidant/restrictive food intake disorder)
- d) Anoressia nervosa (anorexia nervosa)
- e) Bulimia nervosa (bulimia nervosa)
- f) Disturbo di alimentazione incontrollata (binge eating disorder)
- g) Altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato (other specified feeding or eating disorder)
- h) Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato (unspecified feeding or eating disorder)

Di seguito verranno presentate ognuna nel dettaglio.

Pica

E' un disturbo caratterizzato dalla persistente ingestione, per un periodo di almeno un mese, di sostanze prive di contenuto alimentare, non commestibili. Tale ingestione non è plausibile con l'età di sviluppo dell'individuo e non fa parte di una pratica socialmente e culturalmente accettata. Alcuni esempi di sostanze ingerite

¹ American Psychiatric Association, “*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*”, DSM-5, quinta edizione, 2013

sono carta, stoffa, capelli, ghiaccio, cenere, metallo, feci. Spesso possono presentarsi condizioni di comorbidità con altri disturbi mentali.

La figura 1.1 raffigura i criteri diagnostici presenti nel DSM-5:²

Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, per un periodo di almeno un mese.

L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, è inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.

Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.

Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Fig. 1.1

Mericismo

Con questo termine si fa riferimento al disturbo da ruminazione che è caratterizzato da ripetuto rigurgito del cibo parzialmente digerito dopo la nutrizione per almeno un mese. A volte il cibo può essere rimasticato, sputato ed in seguito reinghiottito. Anche in questo caso può essere presente comorbidità con altri disturbi mentali.

² American Psychiatric Association, "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali", DSM-5, quinta edizione, 2013

I criteri diagnostici che il DSM-5 individua sono:

Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.

Il rigurgito ripetuto non è attribuibile ad una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).

Il disturbo alimentare non si manifesta esclusivamente durante il corso di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-eating Disorder o Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo.

Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Fig. 1.2³

Disturbo alimentare evitante/restrittivo

Il disturbo alimentare evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sostituisce ed estende la definizione precedentemente scritta nel DSM-IV di disturbo della nutrizione dell'infanzia.

Il DSM-5 individua come criterio diagnostico principale un rapporto disfunzionale con il cibo di tipo evitante o restrittivo. Le principali caratteristiche descritte dall'APA nel DSM-5 di questo disturbo prevedono una persistente incapacità di soddisfare i propri bisogni nutrizionali con l'assunzione di cibo, a causa di vari motivi come il mancato interesse, l'evitamento di alcuni cibi che presentano determinate caratteristiche sensoriali, la preoccupazione per le conseguenze negative dell'alimentazione. A tutto ciò consegue una significativa perdita di peso

³ Ivi

e deficit nutrizionale, carenze da un punto di vista energetico-funzionale e, nei casi più gravi, una dipendenza dall'alimentazione parenterale, limitante per il funzionamento relazionale e psicosociale.

A differenza dei disturbi di tipo anoressico/bulimico, chi soffre del disturbo evitante/restrittivo non ha ragioni legate al peso o all'immagine corporea per astenersi dal cibo, non hanno ritualità religioso culturali, semplicemente hanno un evitamento/rifiuto attivo verso il cibo.

I criteri diagnostici presenti nel DSM-5 sono presentati nella figura 1.3⁴

Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione [...] che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:

- Significativa perdita di peso
- Significativo deficit nutrizionale
- Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali
- Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale

Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.

Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo del modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.

Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale [...].

Fig. 1.3

⁴ Ivi

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da una restrizione alimentare da parte del soggetto con una conseguente e significativa perdita di peso. Il soggetto prova un'intensa paura di diventare grasso o di aumentare di peso e vede alterato il suo peso e la sua immagine corporea. Ciò lo porta, inoltre, a focalizzarsi solamente su pensieri riguardanti l'alimentazione ed il proprio corpo, che spesso percepisce come più "grasso" di come è realmente, a portare avanti un'intensa attività fisica per smaltire le calorie percepite in eccesso e a ridurre i contatti con l'esterno fino ad un totale isolamento.

I criteri diagnostici individuati dal DSM-5 sono i seguenti:

Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alla necessità, che porta ad un peso corporeo significativamente basso (inferiore a minimo normale) nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica.

Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza di questi sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Fig. 1.4⁵

Inoltre, il DSM-5 specifica due sottotipi di questo disturbo alimentare:

- **Tipo con restrizioni**: Durante gli ultimi tre mesi, il soggetto non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. Per

⁵ Ivi

cui, la perdita di peso è ottenuta principalmente grazie a diete, a digiuno e/o ad eccessiva attività fisica.

- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi tre mesi, il soggetto ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici).⁶

E' necessario specificare il livello di gravità del disturbo che si basa sull'IMC (indice di massa corporea) per gli adulti oppure sul percentile dell'IMC per bambini e adolescenti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato i livelli di classificazione di gravità di AN, facendo riferimento al livello ritenuto normale nell'adulto di $IMC=18,5 \text{ kg/m}^2$:

- Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: $IMC = 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC = 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$ ⁷

Bulimia nervosa

Con il termine bulimia nervosa ci si riferisce ad un disturbo caratterizzato da un susseguirsi di episodi di abbuffata e conseguenti tecniche compensatorie per prevenire l'aumento di peso.

⁶ Ivi

⁷ Ivi

L'episodio di abbuffata è causato da un forte impulso che spinge il soggetto ad abbuffarsi di una significativa quantità di cibo, tanto da perdere il controllo sul suo comportamento alimentare. In seguito, la persona prova sensi di colpa, disgusto verso di sé, rabbia e paura di prendere peso, che la portano, per compensare all'ingestione di cibi ad alto contenuto calorico, che in condizioni normali verrebbero evitati, a mettere in atto condotte compensatorie, come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici, diete restrittive e attività fisica eccessiva. Come nel caso del disturbo da anoressia nervosa, il soggetto si focalizza su pensieri negativi che riguardano la propria immagine corporea e la paura di prendere peso.

I criteri del DSM-5 sono riportati nella figura 1.5.⁸

Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

- Mangiare in un determinato periodo di tempo (per es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte dei soggetti farebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
- Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.

Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva).

⁸ Ivi

Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

La manifestazione non si presenta unicamente nel corso di anoressia nervosa

Fig. 1.5

Il DSM-5 specifica il livello di gravità che si basa sulla frequenza di condotte compensatorie:

- Lieve: una media di 1-3 episodi a settimana
- Moderata: una media di 4-7 episodi a settimana
- Grave: una media di 8-13 episodi a settimana
- Estrema: una media di 14 o più episodi a settimana⁹

Disturbo da Binge Eating o d'Alimentazione incontrollata

Con questo termine ci si riferisce ad un disturbo dell'alimentazione che presenta episodi frequenti di abbuffata con l'assenza di condotte compensatorie.

Il soggetto che ne soffre prova una voglia irrefrenabile di mangiare in un periodo di tempo definito "una quantità di cibo significativamente maggiore rispetto a quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso periodo di tempo"¹⁰ e, una volta iniziato, sentono di perdere il controllo, non riuscendo a smettere. Questa condizione è molto simile a quella che si presenta in casi di bulimia

⁹ Ivi

¹⁰ Ivi

nervosa, con la differenza che la persona non compie atti compensatori dopo l'episodio di abbuffata. Il soggetto prova imbarazzo, disgusto, rabbia e senso di colpa verso sé stesso per ciò che ha compiuto e ciò lo porta ad isolarsi dagli altri, ad auto-svalutarsi e a compiere conseguenti episodi di abbuffata.

La figura 1.6 illustra i criteri diagnostici presenti nel DSM-5.¹¹

Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

- Magiare in un determinato periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso periodo di tempo
- Sensazione di perdere il controllo

Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

- Mangiare molto più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
- Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si stia mangiando
- Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio

E' presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

L'abbuffata si verifica mediamente almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi.

L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie come nella BN, e non si verifica esclusivamente in corso di BN o AN.

Fig. 1.6

¹¹ Ivi

Inoltre, il DSM-5 specifica il livello di gravità, che si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata.

- Lieve: da 1 a 3 episodi a settimana
- Moderata: da 4 a 7 episodi a settimana
- Grave: da 8 a 13 episodi a settimana
- Estrema: 14 o più episodi a settimana¹²

¹² Ivi

1.2

EPIDEMIOLOGIA DEI DA: LA DIFFUSIONE DEL FENOMENO

Nel seguente paragrafo vogliono essere riportati alcuni dati epidemiologici riferibili ai Disturbi Alimentari, in modo da fornire una panoramica chiara della notevole diffusione del fenomeno e per sensibilizzare la popolazione ad una problematica che riguarda la maggior parte della collettività.

Nel corso degli ultimi anni si è visto un interesse e uno studio sempre maggiore dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, col fine di garantire trattamenti di cura adeguati e atti ad un miglioramento della qualità di vita della persona affetta da queste patologie e a causa del forte aumento di casi, soprattutto tra i giovani del mondo occidentale, tanto che questi disturbi iniziano ad essere considerati una vera e propria *epidemia sociale*, concetto proposto dallo psicologo clinico Richard Gordon.

L'età di esordio in cui sia l'anoressia nervosa sia la bulimia nervosa si manifestano più spesso è tra i 15 e i 19 anni, nonostante alcune recenti rilevazioni cliniche affermino un aumento di casi ad esordio precoce, tra gli 8 e i 9 anni di età, che potrebbero presentare conseguenze molto più gravi sia a livello organico sia psicologico.¹³ L'età d'esordio del disturbo d'alimentazione incontrollata si differenzia dai precedenti, distribuendosi lungo un ampio intervallo, dall'infanzia alla terza età, e presentando un picco nella prima età adulta.

¹³ Ministero della Salute, "La nostra salute: i Disturbi dell'Alimentazione", 5 febbraio 2013, ultimo aggiornamento 21 aprile 2020, salute.gov.it

Dagli studi condotti sulla popolazione si può riscontrare che i Disturbi dell’Alimentazione insorgono principalmente nella popolazione femminile che in quella maschile: ad esempio in Italia si stima che circa 3 milioni di persone siano affette da Disturbi Alimentari, di cui il 95,5% sono donne e il restante 4,1% uomini.¹⁴

Andando a considerare il tasso d’incidenza in Italia dei disturbi alimentari si può affermare quanto sia grave e critica la situazione nel nostro paese. Infatti, in un anno, ogni 100.000 persone si riscontrano 8-9 nuovi casi di anoressia nervosa e 12 nuovi casi di bulimia nervosa fra le donne. Fra gli uomini l’incidenza di anoressia è compresa tra lo 0,02 e l’1,4 di nuovi casi ogni 100.000 abitanti, mentre per quanto riguarda la bulimia nervosa di 0,8. Mentre non ci sono dati attendibili per quanto riguarda il disturbo da alimentazione incontrollata (BED).

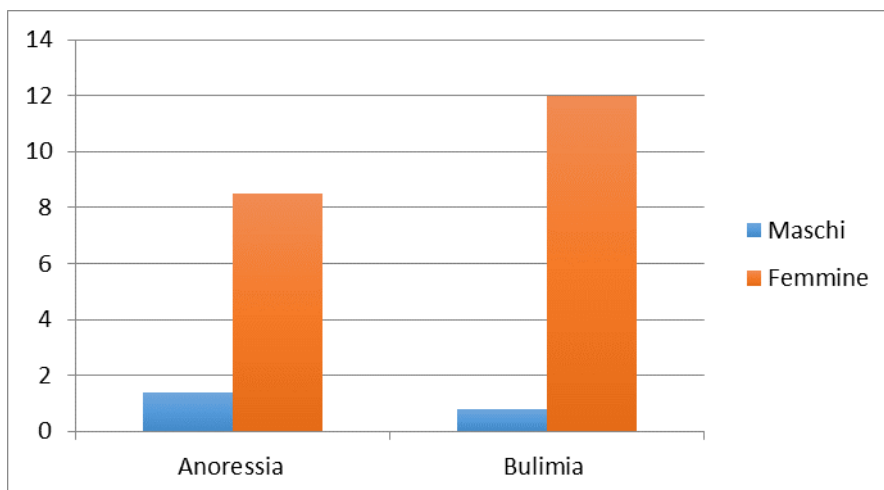


Fig. 1.7¹⁵

¹⁴ Quotidiano online di informazione sanitaria, Governo e Parlamento, “Disturbi dell’alimentazione: circa il 95% di chi ne soffre sono donne”, 21 aprile 2018, quotidianosanità.it

¹⁵ Ministero della Salute, “La nostra salute: i Disturbi dell’Alimentazione”, 5 febbraio 2013, ultimo aggiornamento 21 aprile 2020, salute.gov.it

Dal grafico si può facilmente notare la differenza d'incidenza tra la popolazione maschile e quella femminile e confermare quanto il numero di maschi affetti da un disturbo alimentare sia notevolmente più basso rispetto al numero di femmine a parità di sesso e di età.

Per quanto riguarda la remissione, ovvero quando la persona non soddisfa più i criteri diagnostici per un disturbo dell'alimentazione, nell'anoressia nervosa il tasso è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio e del 70-80% dopo 8 o più anni. Il rischio di morte nei casi di anoressia nervosa è 5-10 volte superiore di quello dei soggetti sani dello stesso sesso ed età.

Nella bulimia nervosa il tasso di remissione è di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 o più anni. Circa il 23% dei pazienti ha un decorso cronico.¹⁶

I disturbi alimentari, specialmente anoressia e bulimia nervosa, se non trattati in modo tempestivo ed adeguatamente, possono condurre alla cronicizzazione del disturbo o, nei casi più gravi, alla morte. Per questo motivo, è molto importante individuare la malattia e offrire fin da subito alla persona un percorso di cura specifico e appropriato per lei e per il suo benessere.

¹⁶ Ministero della Salute, Dott. Giuseppe Ruocco, "*Disturbi dell'alimentazione*", 20 settembre 2017

1.3

LE STRUTTURE DI CURA E L'IMPORTANZA DELL'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Il Ministero della Salute nel Quaderno della Salute n. 17/22 individua e descrive in dettaglio i cinque livelli di assistenza disponibili in Italia per il trattamento dei Disturbi Alimentari:

1. Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta
2. Terapia ambulatoriale
3. Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale
4. Riabilitazione intensiva residenziale
5. Ricoveri ordinari e di emergenza

Le linee guida fornite dal Ministero della Salute sono fondamentali per offrire un trattamento di cura più completo possibile per la persona che ne necessita e permettono di organizzare in modo funzionale le strutture riabilitative.

Nel Quaderno della Salute n. 29 settembre 2017 viene sottolineata l'importanza della presenza di un'équipe multidisciplinare e multi-professionale nei vari livelli di assistenza, "che prevede l'associazione del trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con quello nutrizionale"¹⁷, al fine di fornire una riabilitazione a 360° dell'individuo, intrecciando aspetti nutrizionali e organici con aspetti psichici e sociali.

¹⁷ Ministero della Salute, "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017, salute.gov.it

L'équipe multidisciplinare, in base all'intensità di cura, può essere composta da medici (psichiatri, neuropsichiatri infantili, pediatri, internisti, endocrinologi), psicologi, dietisti, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri.

Gli strumenti che l'équipe possiede, facilitano gli interventi sugli utenti presi in carico e consentono di prevenire e gestire le criticità che si possono presentare.¹⁸

Innanzitutto, molto importante è possedere una cartella unica e condivisa dell'utente, a cui tutti i membri dell'équipe possono accedere, per avere un quadro generale del caso e che permette di monitorare l'avanzamento del percorso.

Il secondo strumento è la riunione di équipe, momento fondamentale in cui le varie figure professionali che la compongono, interagiscono, prendono una linea comune di approccio con l'utenza e si confrontano sul lavoro eseguito. È importante che ogni professionista porti il suo contributo, esprima eventuali criticità o nuove modalità di intervento, condivida con gli altri opinioni e ciò che emerge durante il lavoro portato avanti singolarmente con gli utenti.

Il terzo strumento è rappresentato dalla supervisione tra pari ed esterna dell'équipe multidisciplinare, che offre uno spazio di condivisione ed elaborazione dei vissuti dei singoli professionisti, che riguardano la relazione operatore-utente, come l'operatore vive l'esperienza di lavoro con l'utenza e con gli altri membri dell'équipe. Inoltre, è un momento in cui viene analizzato il progetto di cura di un singolo utente per verificare se gli interventi messi in atto portano ad un

¹⁸ |vi

miglioramento del suo percorso in struttura, grazie alla presenza di uno psicoterapeuta esterno all'équipe.

Di seguito, vengono descritti i cinque livelli di cura:

Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

L'intervento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta viene considerato come primo livello di assistenza per il trattamento dei DA e, negli ultimi anni, hanno un ruolo sempre più importante per identificare i segnali d'allarme e i sintomi del disturbo dell'alimentazione, fare una prima valutazione del caso clinico ed, in seguito, procedere con l'invio ai centri specializzati.

Terapia ambulatoriale

Secondo il Ministero della Salute è il livello di assistenza preferibile per il trattamento dei DA. L'unità ambulatoriale si pone come filtro per i successivi livelli terapeutici, di day-hospital e di ricovero riabilitativo, in riferimento ai risultati degli esami diagnostici effettuati. Oltre alla funzione diagnostica, svolge anche il compito di monitoraggio periodico degli aspetti medici, nutrizionali, metabolici e psichici. Questo trattamento non è indicato per i soggetti gravemente sottopeso con un indice di massa corporea inferiore ai 14 kg/m² e che non hanno una buona motivazione al trattamento.

Terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale

Il trattamento intensivo o semiresidenziale è una strategia sviluppata per i soggetti che non rispondono adeguatamente alla terapia ambulatoriale. Essa va eseguita in centri specializzati da parte di un'equipe multidisciplinare, che monitora l'andamento del percorso e che ha vari obiettivi, tra cui quello di fornire gli strumenti necessari per la gestione dei pasti dentro e fuori dal centro, ridurre i pensieri disfunzionali sul cibo e sul proprio corpo e abbandonare le rigide pratiche dietetiche a cui si sottopone, incrementare la motivazione al trattamento e spezzare il processo di identificazione con il disturbo, anche attraverso attività educative riabilitative condotte dall'educatore professionale. Inoltre, è molto importante la presenza collaborativa dei familiari che accompagnano e sostengono la persona lungo il percorso terapeutico.

Riabilitazione intensiva residenziale

La riabilitazione intensiva ospedaliera o extra-ospedaliera deve essere condotta in strutture specializzate per il trattamento dei disturbi alimentari e che forniscono una riabilitazione nutrizionale, fisica, psicologica e psichiatrica. Il livello assistenziale è molto più intensivo, poiché vengono accolti soggetti con un quadro sintomatologico molto grave. Molto importante anche in questo caso è il sostegno alla famiglia del soggetto preso in carico e, non essendo essa costantemente presente in struttura, è necessario tenerla aggiornata sul percorso terapeutico, presentando sia le criticità che i miglioramenti del soggetto. Oltre a ciò, è fondamentale accompagnare sia la famiglia sia la persona con il disturbo nel

momento del reinserimento nel contesto familiare, fornendo le strategie necessarie per affrontare questa nuova fase di vita.

Ricoveri ordinari e di emergenza

Quest'ultimo livello di cura è il trattamento meno preferibile tra tutti gli altri, poiché rappresenta una situazione traumatica sia per il soggetto sia per la sua famiglia. È però necessario nel momento in cui il quadro clinico e patologico è talmente grave da mettere in pericolo la vita del paziente. Le linee guida fornite dal Ministero della Salute consigliano che il ricovero ospedaliero avvenga in un reparto specializzato nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e, se questo non fosse possibile, è fondamentale che il personale medico sia appropriatamente formato sui DA. Inoltre, al momento delle dimissioni è consigliabile che il soggetto prosegua il suo percorso di cura in strutture specializzate con le quali l'équipe ospedaliera deve essere preventivamente in contatto, per evitare il fenomeno del drop-out.

Capitolo 2

CORPOREITA' NEI DCA

2.1

LA PERCEZIONE DEL CORPO: RINCORRERE “LA PERFEZIONE”

Quando si parla di un Disturbo Alimentare, centrale è il tema dell'immagine corporea e come le persone affette da questi disturbi percepiscono il loro corpo.

Infatti, il soggetto, anche prima di sviluppare un disturbo d'alimentazione, è portato a sentire un peso e una forma del suo corpo in modo differente da come esso è realmente e a costruirsi, di conseguenza, un'immagine di sé non reale.

Il concetto di immagine del corpo viene introdotto negli anni trenta del Novecento, grazie al neuropsichiatra e psicanalista Paul Schilder, che lo definisce come “il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo”, ovvero non parla di semplici schemi corporei e di limiti anatomici e spaziali di esso, ma di immagine di un corpo vissuto, risultato di una continua attività interna basata sui rapporti con gli altri e con il mondo esterno.¹⁹

Il corpo può essere definito come punto di partenza per la costruzione del proprio Sé: l'identità personale viene costruita attraverso l'immagine che abbiamo di noi

¹⁹“*Immagine del corpo e alimentazione. La specificità della danzamovimentoterapia nei disturbi alimentari.*” Articolo di Massimo Cuzzolaro e Nicoletta Della Torre

stessi e degli altri, attraverso i ruoli sociali che assumiamo nel nostro contesto di vita e attraverso l'immagine che gli altri hanno di noi.

Infatti, le persone attorno a noi, soprattutto i nostri punti di riferimento e le figure di attaccamento, assumono il ruolo di specchio attraverso cui ci percepiamo e, in questo modo, influenzano l'idea che abbiamo del nostro Sé.

Chi soffre di un disturbo dell'alimentazione è fortemente condizionato dallo sguardo dell'Altro, da cui ricerca continue conferme ed apprezzamenti, per dare valore a se stesso.

Così, la persona tende a voler raggiungere la perfezione per ricevere dall'Altro soltanto giudizi positivi che accrescano la sua autostima, mostrando talvolta all'Altro un'immagine di Sé non veritiera e costruendo in questo modo un falso Sé, che interferisce con quello vero e non gli permette di manifestarsi, generando quindi un forte disagio psichico.

Di conseguenza, viene meno l'importanza della relazione interpersonale tra due individui e l'Altro viene considerato dal soggetto solamente come specchio attraverso il quale vedersi e percepirsi. Inoltre, il suo giudizio diventa fondamentale, quando è positivo, per poter continuare a mantenere una propria identità, mentre è trascurabile o contrastabile quando mette in crisi la sua posizione.

Per questo motivo, è molto importante fare attenzione alle parole usate quando si parla con gli utenti con un disturbo alimentare, che potrebbero essere percepite come metro di giudizio del loro essere, come ad esempio le frasi "Ti trovo bene", "Sei troppo magra", "Mangia di meno".

Un tratto distintivo dell'anoressia, e considerato un criterio diagnostico di questa, è quello della distorsione dell'immagine corporea, anche detto "disturbo da dismorfismo corporeo". Questo termine indica una visione distorta che il soggetto ha di sé stesso, che pensa di presentare alcune deformità o difetti fisici, nonostante il suo aspetto rientri nei limiti della norma.

Diventa un grave disturbo quando esso ritiene che gli altri siano consapevoli della sua deformità e per questo lo giudichino, tanto da provare sentimenti di ansia e angoscia, disfunzionali per le sue relazioni sociali.

Nel caso dell'anoressia nervosa, la distorsione corporea, ovvero il pensiero ossessivo di essere grassi, si accentua con l'aggravarsi della patologia.

Oggi viviamo in un contesto storico-culturale in cui molte persone sono insoddisfatte del proprio aspetto fisico e rincorrono continuamente modelli ideali di "corpo perfetto" imposti dalla società, attraverso riviste di moda, programmi televisivi e social media, e su cui basano il proprio valore come essere umano.

È un fenomeno che dilaga soprattutto tra le donne e tra le ragazze in età adolescenziale, che sono in una fase in cui vedono il loro corpo mutare e in cui cercano di rimodellare la loro identità.

E così, un soggetto più vulnerabile, che si sente inadeguato nel suo contesto di vita sociale e già estremamente attento al suo peso e alla sua immagine corporea, inizia ad inseguire ossessivamente l'ideale di magrezza, per arrivare al raggiungimento e al rispecchiamento di quei canoni da lui ambiti e prefissati, in cui paradossalmente ritiene di trovare il proprio benessere personale, fino ad arrivare a manifestare un disturbo alimentare.

Come detto precedentemente, in questa era i social media hanno un impatto rilevante nella vita di ogni individuo e, purtroppo, se usati in modo errato, possono assumere un ruolo molto negativo per la persona.

Infatti, analizzando una piattaforma come Instagram, si può vedere come ogni account possa condividere pubblicamente i contenuti che più lo aggradano, dai luoghi che ha potuto visitare alla dieta che segue per rimanere in linea e poter mettere quei jeans che ha comprato di una taglia troppo piccola.

Il problema sorge nel momento in cui questi contenuti vengono visti da soggetti fragili che presentano un disagio, come chi soffre di disturbi alimentari, e che iniziano a prendere come esempio le diete mostrate da altre ragazze sul web, che non sono adatte al loro corpo e al loro fisico, ma che in quel momento pensano siano una delle soluzioni migliori per avvicinarsi al modello di perfezione che vedono attraverso lo schermo del cellulare.

Inoltre, ci sono sempre più applicazioni, come Photoshop o Facetune, usati impropriamente da molte ragazze, in grado di modificare il volto o il corpo in una foto: togliere un inestetismo, una imperfezione, ridurre i fianchi e la pancia, alzare gli zigomi, rendere gli occhi e le labbra più grandi, il volto più allungato o più tondo, allungare le ciglia, sbiancare i denti, fino a cambiare persino il colore degli occhi.

Dopo aver apportato tutte queste modifiche al proprio volto e al proprio corpo nella foto, finalmente si ammira quella figura davanti a noi nello schermo di un telefono o di un pc, si tira un sospiro di sollievo e si dice "Finalmente, che bella!", ma quando si fa un passo davanti allo specchio, non ci si riconosce in quell'immagine riflessa perché non è come si vorrebbe, nasce il disagio verso se stessi e il

desiderio di mutare quel corpo, che è stato così facile e immediato modificare con un click.

Le persone che si ammalano di un disturbo alimentare provano un forte disagio e malessere psichico e psicologico interiore, che non riescono ad esprimere, per cui non si possono ricercare le cause solamente dall'ambiente esterno e soprattutto non si può imputare ad un solo fattore di essere stato la causa dell'insorgenza della malattia.

Infatti, i Disturbi Alimentari vengono definiti patologie ad eziologia complessa di tipo multifattoriale, che mettono in relazione vari fattori, come quelli predisponenti, scatenanti e di mantenimento, che, interagendo tra loro, aumentano la possibilità che un soggetto possa sviluppare un disturbo alimentare, ma non ne determinano la certezza.²⁰

I mass media e i social, con la loro influenza e indiscussa rilevanza nella società, rientrano tra i fattori predisponenti della patologia, che rappresentano gli elementi propri della persona o del contesto che portano ad una certa vulnerabilità o predisposizione biologica e psicologica allo sviluppo di tale patologia.

Altri fattori che possono avere un forte impatto sullo sviluppo del disturbo sono: il contesto familiare e socio-culturale in cui si vive, il gruppo dei pari, la genetica e alcuni aspetti caratteriali e di pensiero del soggetto, come il perfezionismo, l'insicurezza, la bassa autostima, l'ossessività, l'ansia, la depressione.

²⁰ SISDCA, Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, "Quali sono le cause", <http://sisdcadisturbialimentari.weebly.com/cause-dei-disturbi.html>

Se il soggetto, con un carattere particolarmente fragile e vulnerabile, manifesta o meno il sintomo, dipende dall'incontro tra i fattori predisponenti e i fattori scatenanti, che favoriscono e determinano la comparsa del disturbo, e sono rappresentati da tutti quegli eventi traumatici per il soggetto e che alimentano sentimenti negativi e frustrazioni, come lutti, separazione dei genitori, violenze, bullismo, o più in generale quegli avvenimenti che minano l'autostima e la considerazione che si ha di sé.

Infine, si considerano tra i fattori di mantenimento tutti gli eventi che contribuiscono alla cronicità della patologia, sia ambientali sia psicologici, come il formulare pensieri disfunzionali e distorti, legati al peso e alle forme corporee, che spingono il soggetto a perseguire diete restrittive e che, con il tempo, lo portano a sviluppare una serie di sintomi e segni di natura organica, comportamentale e psichica, andando a costituire la "sindrome da digiuno".²¹

²¹ Ivi

2.2

LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE ATTRAVERSO IL CORPO

Come esposto nel paragrafo precedente, il corpo è il punto di partenza per la costruzione della propria identità, che avviene non solo attraverso le percezioni di se stessi, ma anche attraverso il confronto e la relazione che instauriamo con gli altri soggetti intorno a noi.

Ed è attraverso il corpo che, fin dalla nascita, iniziamo a comunicare con l'ambiente esterno, grazie ad esso mostriamo chi siamo e, al tempo stesso, trasformiamo il corpo stesso in oggetto di costruzione sociale.

La prima comunicazione del bambino avviene nella relazione con la madre. Esso esprime un suo bisogno fisiologico, un suo malessere, una sua tensione, come fame o dolore, attraverso il pianto, che la madre coglie subito come messaggio a cui dare significato e a cui rispondere. Più è piccolo il bambino più userà come mezzo di comunicazione il corpo, attraverso la mimica del viso, le braccia tese e altri gesti.

Paul Watzlawick, filosofo e psicologo, con la sua opera "Pragmatica della comunicazione umana" fornisce un grande contributo per gli studi sulla comunicazione ed afferma, con il primo tra i cinque assiomi, che "Non si può non comunicare",²² ovvero che quando due o più individui entrano in relazione tra loro per forza di cose comunicano, intenzionalmente o no, attraverso l'uso della parola,

²² Paul Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, "*Pragmatica della comunicazione umana*", Astrolabio, Roma, 1971

attraverso l'intonazione della voce e/o attraverso il corpo, e rispettivamente si parla di comunicazione verbale, paraverbale e non verbale.

E così, nei casi di un disturbo alimentare, i sentimenti di paura, sconforto, angoscia e vergogna, vengono espressi non attraverso l'uso delle parole, ma attraverso il corpo che, disperato e lacerato dalla malattia, tenta di attirare l'attenzione per essere guardato e, in qualche modo, aiutato.

Nel libro "Prima di aprire bocca", lo psichiatra e psicanalista Mendolicchio, direttore di Villa Miralago, importante realtà a Varese per la cura dei disturbi alimentari, vuole porre al centro il tema del corpo, che veste il disagio contemporaneo del disturbo alimentare, ma anche dell'autolesionismo, dell'identità di genere e delle dipendenze.

Scrive del corpo come scenario di una lotta interiore, che le parole non riescono ad esprimere, di come talvolta esse rappresentino un problema, e di come "il corpo diventi linguaggio"²³, per esprimere e gridare il forte disagio provato.

Il soggetto che presenta un disturbo alimentare, quando parla e si relaziona con un altro individuo, che sia un familiare, un amico, il terapeuta, non parlerà mai esplicitamente della sua malattia, forse non riuscendo neanche a trovare le parole appropriate per farlo, "Perché parlare, quando c'è già un corpo che lo fa?"²⁴.

Non riuscirà ad esprimere la sua perdita, il suo lutto, quello che lui considera il suo fallimento, non riuscirà facilmente a mostrare la sua "debolezza" agli altri, essendo sempre stato abituato ad ambire alla perfezione e al controllo in ogni ambito della

²³ Leonardo Mendolicchio, "*Prima di aprire bocca*", Guerini e Associati, 2018

²⁴ Ivi

sua vita (a scuola, a lavoro, in uno sport, nel rapporto con gli altri) e, nel momento in cui questa perfezione e questo controllo sfumano, diventa quasi necessario almeno possederlo sul proprio corpo e sul cibo.

E allora, l'educatore professionale e le altre figure coinvolte nella cura del soggetto, come anche le figure genitoriali, dovranno cogliere attentamente i messaggi mandati da esso attraverso i "non detti" e attraverso un corpo che parla e che è espressione del malessere e dell'inadeguatezza provata.

Capitolo 3

LA MIA ESPERIENZA DI TIROCINIO: IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE NEL CENTRO DCA DI FERMO

3.1

LA REALTÀ DEL CENTRO DCA DI FERMO

Il mio ultimo anno del corso di laurea in Educazione Professionale, ho potuto svolgere le 600 ore di tirocinio formativo presso il Centro per la diagnosi e trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) di Fermo, Asur Area Vasta 4, sotto il Dipartimento di Salute Mentale.

La struttura svolge una funzione sia ambulatoriale, con tre ingressi settimanali, sia di Centro Diurno, che ha un'intensità maggiore con ingressi previsti per tutti i giorni di apertura del Centro, ovvero dal lunedì al venerdì. Si sta, infatti, sperimentando un modello terapeutico che si basa sulle linee guida nazionali che il Ministero della Salute fornisce nel Quaderno della Salute 2017, per poter ricevere un accreditamento da parte della Regione Marche di centro diurno o di struttura riabilitativa semiresidenziale.

In sede, vengono effettuate le visite di controllo dell'andamento del percorso, colloqui con lo psichiatra, la Dott.ssa Patrizia Iacopini responsabile del Centro, e con gli psicologi, visite e colloqui nutrizionali con il dietista, le attività educativo-riabilitative, condotte dall'Educatore Professionale, ed il supporto ai pasti.

Inoltre, il Centro si occupa di organizzare vari eventi sul territorio, come ad esempio la Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla, giornata indetta dal Ministero della Salute nel 2015 e che da allora si ripete il 15 Marzo di ogni anno.

Durante questa giornata, il Centro di Fermo colloca dei banchetti informativi in vari punti della provincia, cercando di sensibilizzare la popolazione, offrendo informazioni su cosa sono i disturbi alimentari e sulle modalità di accesso al servizio ed esponendo degli oggetti realizzati, per quella specifica occasione, dai ragazzi in struttura durante i laboratori artistici. Alla realizzazione della giornata ha contribuito anche l'associazione "FADA Onlus", costituita dai genitori degli utenti presi in carico e con cui il Centro spesso collabora, per la gestione e la cura di varie iniziative sul territorio. L'équipe sostiene l'Associazione FADA e le famiglie degli utenti attraverso riunioni, che avvengono una volta a metà di ogni mese, condotte dall'educatore professionale e da psicologhe esterne al Centro.

Come riportato nel primo capitolo, è molto importante che in una struttura vi operi un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, composta da figure professionali che integrino le proprie conoscenze e competenze per garantire un trattamento di cura adeguato alla persona, guardandola nella sua globalità.

L'équipe del Centro DCA di Fermo è costituita dal medico psichiatra, dal neuropsichiatra infantile, dalle psicologhe e psicoterapeute, dal dietista, dall'educatore professionale, dall'infermiere e dall'operatore socio-sanitario.

Di seguito, verranno presentati nel dettaglio i vari professionisti e i compiti che svolgono in struttura.

Medico psichiatra:

È il responsabile della struttura e si occupa di organizzare il servizio e il lavoro di rete sul territorio, organizzando convegni per presentare il Centro, come opera, i dati sugli utenti presi in carico ogni anno e i tassi di dimissioni.

Si occupa di effettuare le prime valutazioni dei casi in struttura, di stabilire il livello di gravità del paziente preso in carico e di prescrivere, se necessario, il trattamento farmacologico. Insieme agli altri membri dell'équipe, decide se un paziente può essere dimesso o se deve essere trasferito in un'altra struttura con un regime terapeutico maggiormente intensivo. Inoltre, tiene i contatti con gli specialisti dei centri dove si sono recati i pazienti, per favorire uno scambio di informazioni reciproche rispetto all'andamento dei percorsi di ognuno di essi.

Neuropsichiatra infantile:

Insieme al medico psichiatra si occupa della diagnosi del disturbo alimentare e di stabilire le modalità e i tempi di accesso al servizio nel caso di pazienti che non hanno ancora la maggiore età. Monitora l'andamento del percorso terapeutico attraverso esami clinici e colloqui individuali e, nei casi più gravi, indica il reparto ospedaliero più opportuno per il paziente.

Psicologhe psicoterapeute:

Svolgono il compito di monitorare l'andamento del percorso terapeutico del paziente a livello psichico attraverso colloqui e appuntamenti periodici.

Inoltre, conduce gruppi psicoeducativi, insieme ad altri professionisti dell'équipe.

Dietista:

Dalla presa in carico del paziente fino alla sua dimissione si occupa di valutare lo stato nutrizionale del soggetto, di elaborare un piano alimentare e di controllare se questi vengono rispettati o meno attraverso delle visite periodiche. Inoltre, svolge un ruolo fondamentale durante i pasti assistiti e conduce dei gruppi di educazione alimentare, insieme ad altri membri dell'équipe.

Educatore Professionale:

Figura fondamentale, poiché si occupa di pensare e attuare tutte le attività educative- riabilitative presenti in struttura. Inoltre, gestendo insieme al dietista i pasti assistiti, è la figura più a stretto contatto con gli utenti, per cui porta agli altri professionisti dell'équipe numerose informazioni sulle dinamiche che si verificano durante il giorno e che possono non venire alla luce durante una seduta psicoterapeutica.

Fa da mediatore tra il Centro e le istituzioni presenti nella vita di ogni utente (familiare, scolastica,...), tenendo queste aggiornate sul percorso terapeutico del soggetto.

Infermiere:

Figura sanitaria che si occupa di somministrare le terapie farmacologiche ai pazienti e di monitorare la risposta di quest'ultimi ai farmaci assunti.

Insieme all'educatore professionale e al dietista, gestisce i pasti assistiti.

Operatore socio-sanitario:

L'OSS si occupa della gestione della struttura e del triage che avviene telefonicamente, fornendo informazioni, consigli e strumenti a coloro che chiedono appuntamenti, su come gestire in una situazione critica il disturbo alimentare, finché il soggetto non viene preso in carica dal Centro.

3.2

L'EDUCATORE PROFESSIONALE E GLI STRUMENTI DELLA METODOLOGIA CON IL QUALE OPERA

La figura dell'Educatore Professionale è regolamentata dal Decreto Ministeriale dell'8 Ottobre 1998, n.520, che lo descrive come operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi-riabilitativi, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi concordati con l'utente, operando all'interno di un'équipe multidisciplinare. I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati, quindi propri per ogni utente, sono "volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero della vita quotidiana e per un positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà." ²⁵

Con il seguente paragrafo, si vuole presentare la metodologia con la quale opera l'Educatore, nello specifico con gli utenti che presentano un disturbo alimentare.

Nel Centro DCA di Fermo, l'Educatore Professionale è una figura molto importante poiché si occupa di creare, progettare e attuare tutte le attività educativo-riabilitative. È per questo, la figura più a stretto contatto con gli utenti e utile anche agli altri membri dell'équipe, che, attraverso il materiale ottenuto da ogni utente durante lo svolgimento delle attività, aiuta a fornire un quadro generale dell'utenza, dei rapporti e delle dinamiche che si creano tra le persone che frequentano il Centro.

²⁵ Ministero della Sanità, DM 08 ottobre 1998, n. 520

Inoltre, permette un'analisi e un confronto, da parte di tutta l'équipe, sul percorso terapeutico di ogni utente nella sua globalità ed interezza, valutando se quest'ultimo sta rispondendo positivamente agli interventi di cura messi in atto, al fine di raggiungere i suoi obiettivi.

Alla base di ogni intervento messo in atto dall'educatore, è presente la relazione educativa, che è necessaria instaurare con l'utente preso in carico.

La relazione educativa è una relazione di aiuto intenzionale e autentica, finalizzata alla riabilitazione e al raggiungimento del benessere della persona e al miglioramento della qualità della vita.

Per instaurare una buona relazione di aiuto è, innanzitutto, fondamentale mettere a proprio agio l'utente attraverso la giusta vicinanza, l'ascolto ed il dialogo con esso, instaurando "un clima di accettazione ed empatia che facilita l'esternazione del problema, la presa di coscienza della situazione, la possibilità di crescita e di scelta".²⁶

Nel Centro DCA di Fermo ho potuto riscontrare come il clima di totale accettazione dell'altro sia alla base di ogni relazione utente-operatore, e di come questo produca un effetto molto positivo su tutte le persone che frequentano il Centro.

Durante le attività educative-riabilitative ho preso atto che l'educatore per primo è volto all'ascolto attivo dell'altro, in totale assenza di pregiudizi e che ciò porta risposte positive da parte dell'utente, che inizia a considerare l'educatore come una base sicura a cui dare la propria fiducia, a sentirsi compreso e a rendersi consapevole che le sue paure ed angosce, una volta esternate, possono trovare

²⁶ Maria Teresa Bassa Poropat, Fabrizio Lauria, *"Professione educatore, Modelli, metodi, strategie di intervento"*, Edizioni Ets, 1999

un contenimento da parte dell'educatore, che le saprà mitigare e mutare in spunti di lavoro e di riflessione.

Grazie a questa accettazione autentica e incondizionata, l'utente tende ad assumere un atteggiamento predisposto a tirare fuori il suo disagio, attraverso l'uso della parola. Questo è un passo molto importante che esso compie, poiché il soggetto che presenta un disturbo alimentare tende a comunicare il malessere che prova solamente attraverso il corpo.

Educare deriva dal latino ex-ducere, che letteralmente significa "tirare fuori", ed è questo uno dei principali obiettivi dell'educatore professionale, predisporre l'utente all'apertura, ovvero all'espressione di tutti i contenuti e gli stati d'animo che condizionano il suo essere e il suo stile di vita.

Ciò è possibile, oltre al clima di accoglienza reciproca, anche grazie alla comprensione empatica, ovvero a quella "comprensione emotiva e cognitiva dell'altro"²⁷. È alla base dell'agire educativo ed è fondamentale, affinché si instauri una buona relazione di aiuto con l'utente. Entrare in empatia con il soggetto significa mettersi nei suoi panni, cercando di capire cosa esso prova e cercando di immedesimarsi nelle varie situazioni che sta affrontando, con rispetto e con attenzione alle sue criticità e difficoltà.

Tutto questo, presuppone una grande disponibilità all'ascolto da parte dell'educatore professionale. Se non c'è un ascolto attivo e partecipato non c'è comunicazione e non c'è possibilità di instaurare una relazione di aiuto.

²⁷ Ivi

Attualmente, secondo il mio parere, viviamo in una società in cui siamo costantemente investiti da contenuti, in cui vige la legge del più forte e in cui c'è una competizione costante tra chi "urla" di più, poiché sembra che urlare sia considerato l'unico modo per farsi sentire. Si è giunti in un'era in cui comunicare se stessi e la propria identità è diventato molto difficile, ognuno vuole affermare la sua opinione, non c'è più un vero ascolto di ciò che l'altro vuole esprimere. "Dopo le prime parole, si pensa già a cosa rispondere, senza ascoltare l'intero messaggio di chi parla o cercare di capire il significato."²⁸ Aspettare che l'altro finisca di parlare, come sostengono gli autori del libro "Professione educatore", è diventato solamente un gesto di tolleranza verso chi parla, piuttosto che di vero ascolto. Così, le persone più fragili, che già trovano enormi difficoltà ad esprimere con la loro voce un disagio, anche alle persone a essi più vicine come familiari e amici, si rinchiudono in un silenzio e cercano un altro modo di comunicare, attraverso il corpo e attraverso il disturbo alimentare. "Scompare, essere al limite tra l'essere e il non essere, tra la vita e la morte, solo così potrò finalmente farmi vedere dagli altri". Questo è un pensiero comune tra i soggetti anoressici, che spingono la loro vita al limite, pur di essere visti e ascoltati.

L'educatore professionale, con pratica e lavoro continuo, deve fare propria la capacità di porsi in una condizione di vero ascolto dell'altro, cercando di non farsi condizionare dal vissuto personale e dalla propria soggettività, eliminando i giudizi e le valutazioni e non razionalizzando il significato psicologico, che risiede nel contenuto espresso dall'altro.

²⁸ Ivi

Nel lavoro, quando si opera con i soggetti che soffrono di un disturbo alimentare, la figura dell'educatore professionale deve porre l'attenzione e confrontarsi soprattutto con il non detto, con i silenzi, unici mezzi di comunicazione a cui i soggetti si sono abituati.

L'ascolto attivo e partecipato, la capacità di entrare in empatia e la costante vicinanza dell'educatore professionale a persone che durante il loro percorso terapeutico manifestano una grande sofferenza, lo portano continuamente a riflettere sul suo agire educativo e, soprattutto, ad un confronto con le emozioni, scaturite dallo scambio intersoggettivo, che avviene quando si instaurano delle relazioni d'aiuto. È necessario che l'educatore professionale operi su di sé una costante auto-osservazione ed elaborazione del suo vissuto personale e che non si faccia invadere totalmente dalla relazione educativa e dall'utente, mantenendo la giusta distanza/vicinanza da esso. La figura professionale educativo-riabilitativa può essere aiutata a fare questo anche grazie alle supervisioni educative, effettuate da psicoterapeuti, e grazie al confronto costante con gli altri professionisti membri dell'équipe.

Gli strumenti educativi sopra descritti, come la capacità ad accogliere e ad accettare il singolo individuo nella sua unicità, rispettandola e avendone cura, la comprensione empatica e l'ascolto attivo, oltre a promuovere una buona comunicazione e una buona relazione tra utente e operatore, fa sì che tutti i membri del gruppo, che partecipano alle attività educative-riabilitative nel Centro DCA, siano predisposti positivamente gli uni verso gli altri, trovando comprensione

emotiva e totale assenza di giudizio. Questo clima così favorevole, che ho potuto percepire io stessa fin dall'inizio del mio tirocinio in struttura, favorisce la coesione del gruppo di utenti e permette la riuscita della maggior parte dei progetti educativi che l'educatore crea, propone e mette in atto.

La progettualità educativa si configura come una delle competenze indispensabili della pratica educativa. Infatti, l'educatore professionale con intenzionalità e responsabilità, mette in atto progetti educativi con il fine di raggiungere obiettivi specifici per ogni utente.

Prima di stilare il progetto educativo, l'educatore effettua una valutazione iniziale, ovvero un assessment, dell'utente o del gruppo, che coinvolgerà nel progetto. Questa valutazione iniziale consente di comprendere le risorse, quindi le capacità e le abilità che l'utente o il gruppo possiede, e i limiti di questi e di effettuare, poi, un'analisi dei bisogni da raggiungere.

L'osservazione educativa è uno strumento necessario per svolgere una valutazione iniziale, non conoscendo l'utente, ed è un'osservazione volontaria e finalizzata, che permette una conoscenza del soggetto, o del gruppo e quali sono i relativi bisogni.

Durante la stesura di un progetto si considerano le attività da svolgere, per poter raggiungere gli obiettivi prefissati e concordati con gli utenti, i tempi, i costi e le risorse umane e materiali necessarie per la buona riuscita del progetto.

Durante lo svolgimento di quest'ultimo, l'educatore attua verifiche in itinere, che permettono di individuare eventuali problematiche nell'intervento e apportare modifiche al progetto, se necessarie. In ultimo, vengono effettuate due valutazioni

finali: la prima, per poter vedere se gli obiettivi sono stati raggiunti e la seconda, effettuata dopo alcuni mesi dalla fine del progetto, per valutare se gli obiettivi vengono mantenuti nel tempo.

Nella struttura per la diagnosi e il trattamento dei disturbi alimentari di Fermo, dopo l'approvazione dell'équipe di un nuovo progetto proposto dall'educatore professionale, viene in seguito esposto agli utenti del Centro durante i "Gruppi Assemblea" e, nel corso dell'andamento del progetto, viene richiesto loro un feedback, per capire se, da quest'ultimo, ogni utente riscontra elementi positivi per il proprio percorso terapeutico.

Il Gruppo Assemblea viene condotto dall'educatore professionale insieme alla neuropsichiatra infantile e ha lo scopo di creare uno spazio in cui il gruppo e i singoli soggetti possono esprimersi e discutere rispetto a vari argomenti, che riguardano l'esperienza comunitaria al Centro, come l'organizzazione delle attività, degli orari della struttura, delle regole da seguire in essa, del rapporto tra utenti ed operatori, o temi che un utente si sente di voler condividere.

Da parte delle due figure professionali viene creato un setting che predispone all'apertura e al dialogo, in cui entrambi mettono in atto lo strumento metodologico dell'ascolto attivo, concentrandosi sia sul detto che sul non detto. Questo rende i partecipanti al gruppo più inclini ad aprirsi e a condividere i propri pensieri e opinioni riguardo ai temi trattati.

Tutti i membri dell'équipe richiedevano agli utenti di portare qualsiasi argomento, che poteva essere fonte di confronto, in questo spazio, persino un lamento, non limitandosi ad esporla solamente tra loro in un qualsiasi momento della giornata e

della settimana, per fare in modo che questa possa essere produttiva e che possa migliorare la qualità del servizio offerto dalla struttura.

3.3

LE ATTIVITÀ EDUCATIVO-RIABILITATIVE SVOLTE NEL CENTRO DCA DI FERMO: L'IMPORTANZA DELL'USO DELLA SCRITTURA COME MEZZO ESPRESSIVO

Lo svolgimento del mio tirocinio all'interno del Centro per i disturbi alimentari di Fermo, è durato sei mesi, di cui 4 in presenza ed i restanti 3 da remoto, grazie allo svolgersi delle attività educative-riabilitative attraverso la piattaforma Skype, a causa del lockdown per l'emergenza sanitaria da covid-19.

Durante il corso del tirocinio formativo, ho potuto osservare e comprendere l'importanza della presenza dell'educatore professionale, che, grazie alle sue conoscenze e competenze e agli strumenti metodologici propri della sua professione, descritti nel paragrafo precedente, attua progetti educativi e conduce attività che sono fondamentali per la riuscita di un buon percorso terapeutico.

Le attività educative-riabilitative sono pensate per l'intero gruppo di utenti presenti in struttura e, in ognuna di esse, si cerca di stimolare il soggetto ad esprimere le proprie emozioni, i propri vissuti, le proprie considerazioni e pensieri e, quindi, se stesso e la propria identità, soprattutto attraverso la scrittura.

Quest'ultima può essere uno strumento molto efficace per la cura del soggetto, poiché, grazie ad essa, viene continuamente sollecitato ad un'indagine interiore e ad una rielaborazione del vissuto personale.

Esprimere i pensieri e gli eventi di un'esperienza attraverso la narrazione, li rende maggiormente comprensibili, ordinati e densi di significato per il soggetto.²⁹

Ogni individuo avverte il bisogno di esprimersi ed esprimere in qualche modo il proprio dolore, così la scrittura può essere uno strumento per comunicare il disagio provato. Nel momento in cui sono le parole a concretizzare un fatto, anche traumatico della propria vita e non presente esplicitamente nella memoria, esse consentono una rielaborazione di esso e del proprio vissuto ed una presa di coscienza di ciò che è accaduto.

Grazie a vari studi e ricerche in materia è stato dimostrato che la traduzione in parole di un evento traumatico porti ad una risoluzione del disagio e abbia effetti positivi da un punto di vista sia fisico che mentale.³⁰

Secondo lo psicologo nordamericano James W. Pennebaker, ciò avviene poiché il metodo della scrittura e la narrazione consentono:

- la riflessione sull'evento;
- un'assunzione di nuove prospettive e punti di vista con cui analizzare l'evento;
- il riconoscimento di connessioni causali;
- il considerare la prospettiva dell'eventuale lettore della narrazione;
- un'organizzazione sequenziale;
- riconoscimento e definizione delle diverse emozioni.³¹

²⁹ Francesca Pierotti *"Il segno come sintomo, Dal corpo significante al significato del corpo"*, Ali&no editrice, 2013, p. 97

³⁰ Solano L., *"Scrivere per pensare. La trascrizione dell'esperienza tra promozione della salute e ricerca"*, Milano Franco Angeli, 2007, pp. 9-10

³¹ Pennebaker J. W., *"Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute"*, in *"Psicologia della salute"*, n. 2

Un autore, che ha portato un enorme contributo nell'ambito educativo e pedagogico in Italia, grazie ai suoi studi e alle sue opere riguardanti la scrittura e l'autobiografia come metodo di cura del soggetto, è Duccio Demetrio, pedagogista, filosofo e professore universitario.

Demetrio sostiene che il raccontare se stessi porta ad uno sdoppiamento dell'io: l'io passivo, che è la parte che soffre, sente le proprie emozioni e le subisce, e l'io attivo, che la parte che riflette, scrive ed elabora il vissuto. Questo processo, chiamato *bilocazione cognitiva*, permette di creare un altro da sé che si guarda agire dall'esterno, si distacca dal proprio vissuto traumatico e attraverso un'autoanalisi, prende sempre più consapevolezza della propria identità, passata e presente.³²

Narrare, oltre ad aiutare il soggetto a capire se stesso e a consentire a questo di organizzare il suo "mondo interiore", permette di agire anche su quello "esterno". Questo implica una rilettura del passato, sulla base della situazione attuale del soggetto, che condiziona anche le proiezioni di questo sul futuro. Grazie alla comprensione del passato e di se stessi, la persona riesce persino a progettare il suo futuro.

Come anche sostenuto da Umberto Eco, la funzione terapeutica della scrittura risiede nella capacità di dare forma al disordine dell'esperienza e di attribuire significato ai pensieri, alle emozioni e agli eventi che costituiscono la vita dell'individuo.³³

³² Demetrio Duccio, *"Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé"*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996

³³ Eco Umberto, *"Sei passeggiate nei boschi narrativi"*, Milano, Bompiani, 1994

È necessario essere consapevoli, durante la lettura di una qualsiasi narrazione, anche se non esplicitamente autobiografica, da parte dell'educatore o del terapeuta, che al suo interno risiedono emozioni, pensieri, frammenti di esperienze del soggetto, che indirettamente parla del proprio Sé. Risulta, quindi, importante cercare di far emergere il non detto, che si colloca al di là della dimensione letterale della parola, tenendo sempre presente che "a volte è una parola o una locuzione che agisce da segnale indicatore di uno stato problematico di un'area tematica calda, di uno spazio da esplorare".³⁴

La scrittura non è da confondere con l'attività della cura in senso stretto, poiché la prima è da considerarsi come un mezzo per aiutare il soggetto nel suo percorso a attribuire senso al suo dolore e al suo vissuto, a portarlo ad una rielaborazione di questo e introducendo un nuovo sguardo possibile sul suo "mondo interno" ed "esterno".

Durante i mesi di tirocinio formativo, ho potuto osservare e capire come la consapevolezza dell'importanza della scrittura e dell'uso delle parole come strumento educativo e terapeutico, sia stata appresa dall'educatore professionale del centro, Filippo Romagnoli, e sia stata sfruttata nella maggior parte dei laboratori. Inoltre, gli utenti erano stimolati ad impiegare questo strumento anche a casa, scrivendo i pensieri che potevano creare caos nella loro mente e, successivamente, erano invitati a portare questi loro scritti e a leggerli

³⁴ Borgonovi C., Demetrio D., "Scrittura e terapia", Milano, Edizioni Guerini e Associati Spa, 2007, p. 82

all'educatore o alle altre figure professionali dell'équipe, che li seguono nel percorso.

Il materiale scritto, prodotto durante le attività educative-riabilitative, amplia e arricchisce di informazioni la cartella clinica di ogni utente e grazie ad esso, tutta l'équipe può analizzare il lavoro del soggetto, verificando l'andamento del percorso terapeutico di questo.

Nella figura 3.1 viene mostrato il calendario settimanale strutturato dell'équipe multidisciplinare e di seguito viene presentata e analizzata ogni attività svolta dell'educatore professionale.

	ORA	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
MATTINA	9.30-10.30	Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza
	10.30-11.00	<u>Spuntino</u>	<u>Spuntino</u>	<u>Spuntino</u>	<u>Spuntino</u>	<u>Spuntino</u>
	11.00-13.00	Gruppo assemblea	Laboratorio artistico	Laboratorio di canto	Laboratorio artistico	Gruppo Ali(per le)menti + Gruppo ludico-espressivo
	13.30-14.30	<u>Pasto</u>	<u>Pasto</u>	<u>Pasto</u>	<u>Pasto</u>	<u>Pasto</u>
POMERIGGIO	14.30-16.00	Officina delle immagini "cineforum"	Tracce sonore	Lecture distese	Rivista	Laboratorio artistico
	16.00-16.30	<u>Merenda</u>			<u>Merenda</u>	
	17.00-18.30	Gruppo psicoeducativo			Gruppo di rilassamento	

“Officina delle immagini”, “Tracce sonore”, “Letture distese”

Questi tre laboratori hanno lo scopo di stimolare gli utenti ad esprimere per mezzo della scrittura le proprie emozioni, sensazioni, considerazioni personali, suscitati dopo la visione di un film nel primo laboratorio, l'ascolto di un brano musicale nel secondo e la lettura di un brano nel terzo.

La prima fase del laboratorio “Officina delle immagini” consisteva nello scegliere un tema che più interessava e che poteva essere stimolante per il gruppo di utenti e, successivamente, venivano decisi i tre film, riguardanti la tematica scelta, da guardare.

Grazie ad una scheda con alcune domande, formulate dall'educatore, gli utenti erano guidati a scrivere le loro impressioni e considerazioni suscitate dopo la visione del film.

Nel laboratorio “Tracce sonore”, ciò veniva reso possibile grazie all'ascolto di un brano musicale. Quest'ultimo veniva proposto ogni volta da un singolo utente, che veniva invitato a spiegare il motivo della scelta di quel brano specifico.

L'attività era così strutturata: venivano eseguiti due ascolti del brano musicale, di cui si poteva seguire il testo stampato. Subito, ho potuto considerare come fossero necessari due ascolti, il primo era più superficiale e solamente grazie al secondo si entrava nel cuore del brano e era possibile vedere come le penne di ogni utente iniziavano a correre veloci sul foglio contenente il testo, su cui appuntavano i loro pensieri e le emozioni.

Nel terzo laboratorio, "Lecture distese", l'educatore professionale sceglieva un brano, che riteneva adatto per compiere una lettura approfondita che fosse da stimolo per il gruppo di utenti e su cui si potesse creare una riflessione condivisa.

Tutti e tre i laboratori stimolano il soggetto a riflettere su vari temi e, grazie alla scrittura ed, in seguito, alla condivisione con il gruppo delle proprie considerazioni riguardo al film, all'ascolto del brano musicale e alla lettura di un testo, vengono portati alla luce emozioni, ma anche situazioni di vita che generano sofferenza nell'utente, che si sente in quel momento ascoltato e accolto dall'educatore e dall'intero gruppo, a cui affida se stesso e i suoi più intimi pensieri.

Stimolare, in questo modo, il soggetto che presenta un disturbo alimentare ad esprimere se stesso e il proprio vissuto, attraverso l'uso della parola e della scrittura, è fondamentale affinché esso acquisisca i mezzi necessari per esplicitare verbalmente il proprio malessere e disagio interiore, senza che esso si esprima attraverso il corpo.

Laboratorio di scrittura espressiva

In questo laboratorio, veniva stimolato l'utente ad esprimere se stesso, attraverso la creazione di un racconto in forma autobiografica, di diario, o in terza persona.

A partire da una consegna data dall'educatore professionale su come ideare o su cosa doveva trattare il brano scritto, il soggetto era portato ad affrontare e raccontare temi riguardanti se stesso, la sua quotidianità, la sua malattia, la sua relazione con gli altri ed il suo punto di vista del mondo, per mezzo della scrittura.

“Descrivi il quadro attraverso i sensi (vista, udito, olfatto, tatto).”

Questa era stata una delle varie consegne assegnate al gruppo e ricordo ancora quante emozioni,



“Campo di grano con volo di corvi”, Vincent Van Gogh

ricordi, pensieri diversi tra loro, avesse scaturito la proiezione del quadro “Campo di grano con volo di corvi” del pittore Vincent Van Gogh. C'è chi, vagando con l'immaginazione, si era immerso all'interno di esso e a chi erano riemersi ricordi di infanzia e di tempi passati.

Un'altra tecnica di scrittura utilizzata è quella dell'autobiografia. *“Racconta di quando hai scalato una montagna.”* Ovvero, narrare un momento in cui hanno affrontato una situazione molto difficile e temuta da loro. Ogni racconta portava un esempio di situazioni particolarmente significative e dolorose per il soggetto, riguardanti principalmente la loro malattia: qualcuno ha descritto il momento in cui ha preso la decisione di recarsi al Centro per intraprendere un percorso di cura, un altro ha narrato il momento in cui, dopo molto tempo, riassaporava il gusto della pizza, descrivendo l'attimo di portare il boccone alla bocca, come un corpo a corpo con quel cibo tanto temuto.

Grazie a questa attività di scrittura espressiva, viene favorito il soggetto a parlare di sé, a narrare fatti e situazioni, e comunicarli ad un gruppo, coeso e attento all'ascolto di ogni membro che lo compone.

La rivista “L’Altra Luna”

Il progetto di creazione della rivista nasce nel 2017 da un’idea dell’educatore professionale Filippo Romagnoli e nel 2018 viene pubblicato il primo numero di questa. Lo scopo della rivista, come quello di molte altre attività portate avanti dall’educatore, è quello di consentire agli utenti l’espressione di sé attraverso la parola e non con il corpo, come avviene nel disturbo alimentare. Inoltre, la rivista “L’Altra Luna” permette realizzare un lavoro che si estende sul territorio, non rimanendo solo all’interno del Centro.

La rivista non tratta principalmente aspetti legati al sintomo alimentare, ma spazia tra vari temi, riguardanti l’arte, la cultura, l’attualità, la musica.

Le tematiche che si vogliono inserire all’interno della rivista ed il filo conduttore di questa, sono discussi tra tutti i membri della redazione della rivista, che poi contribuiscono alla creazione di questa. Vengono, inoltre, programmati i tempi del progetto e valutate le possibilità di realizzazione di questo.

Durante l’anno, vengono invitati artisti, scrittori, giornalisti, che sono intervistati e che portano le loro conoscenze su un determinato ambito. Ciò, permette agli utenti di responsabilizzarsi, poiché ognuno di loro assume un compito all’interno della redazione, e di cogliere nuove prospettive con cui guardare il mondo e relazionarsi con altri, e li aiuta a distogliere l’attenzione dal loro disturbo alimentare.

“Frame: dalle parole alle immagini”

L’idea del progetto nasce a seguito di vari incontri e riflessioni insieme all’educatore professionale e alla psicologa clinica esterna, che avrebbe collaborato alla realizzazione del progetto, sul tema della comunicazione

mediatica e sociale dei disturbi alimentari e di come spesso questi vengano descritti e rappresentati in modo riduttivo attraverso gli unici elementi iconici come la bilancia, il peso, lo specchio, il cibo e le calorie, stereotipi che non rappresentano la soggettività e l'individualità di ogni persona che soffre di questo disturbo e generalizzano la patologia.

Lo scopo del laboratorio, era quello di studiare e analizzare il linguaggio utilizzato nella campagne comunicative per i disturbi alimentari, individuando in esse i punti di forza e di criticità. In seguito, grazie ad un confronto tra tutti membri, si sarebbe cercato di sviluppare un linguaggio diverso ed appropriato per mostrare e comunicare quella soggettività e individualità della persona.

L'ultima fase del progetto prevedeva la realizzazione di un cortometraggio, con il coinvolgimento di un videomaker, da presentare al convegno regionale nel mese di settembre 2020 a fermo.

Il gruppo si era subito mostrato entusiasta ed interessato al tema proposto ed ogni utente ha collaborato, portando del materiale da usare come spunto di riflessioni durante lo svolgimento dei vari incontri.

A causa della pandemia da Covid-19 e il conseguente lockdown, è stato necessario interrompere immediatamente il progetto, al momento non ancora ripreso.

Capitolo 4

L'INTERVENTO EDUCATIVO-RIABILITATIVO DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19

4.1

LE MISURE ADOTTATE DAL CENTRO DCA DI FERMO: UN NUOVO MODO DI FARE RIABILITAZIONE

A causa della pandemia da Covid-19, a inizio marzo 2020 ho dovuto interrompere il mio tirocinio formativo in presenza, nessuno ancora sapeva ciò che sarebbe accaduto pochi giorni a seguire.

Il lockdown nazionale ha portato alla chiusura del Centro Diurno, ovvero il trattamento ad alta intensità, e la struttura è rimasta aperta solo per le visite psichiatriche o psicoterapiche urgenti, rispettando tutte le norme di sicurezza.

Il Centro DCA ha continuato a fornire continuità ai percorsi terapeutici degli utenti, garantendo i colloqui individuali e lo svolgimento delle attività educative-riabilitative da remoto attraverso la piattaforma Skype for Business.

Durante le lezioni online di laboratorio di tirocinio nel mese di giugno 2020, è stata assegnata una consegna a noi studenti del terzo anno di corso, che chiedeva di elaborare un questionario da somministrare alla guida di tirocinio per effettuare

un'indagine conoscitiva sullo stato dei servizi socio-sanitari, sedi dei tirocini degli studenti, e sulle attività educative professionali durante l'emergenza sanitaria.

È stata creata in maniera condivisa con il gruppo classe una traccia del questionario e, prima della sua somministrazione, è stato contattato telefonicamente il tutor guida.

Durante il colloquio telefonico, ho voluto focalizzare l'attenzione principalmente sul periodo di ripresa delle attività con gli utenti in presenza al Centro Diurno per DCA di Fermo, che sono riiniziate l'8 giugno, e che cambiamenti si sono maggiormente riscontrati rispetto al periodo di lockdown, in cui le attività educative sono state svolte da remoto attraverso la piattaforma Skype for business.

Il tutor si è mostrato propenso e aperto a rispondere a tutte le domande che gli venivano rivolte e alla prima in cui gli è stato chiesto come fosse stata la ripresa delle attività in presenza, ha risposto: "Molto bello e interessante, anche se molto faticoso dopo 3 mesi di stop. La relazione con l'utenza non è cambiata, anzi, era evidente la felicità di tutti nel tornare a guardarsi negli occhi e a lavorare nel concreto e faccia a faccia."

L'équipe multidisciplinare ha preso la decisione di riorganizzare le attività educative in piccoli gruppi e a giorni alterni, mantenendo tutte norme e le distanze fisiche di sicurezza all'interno della struttura, decisione che si rivela molto produttiva ed efficace, poiché uno specifico gruppo di utenti consente un lavoro più mirato ed intensivo, senza interruzioni per la necessità di svolgere visite individuali.

I frutti positivi del lavoro su un gruppo specifico, grazie al percorso monitorato da remoto, si sono potuti riscontrare nella maggior parte degli utenti e dei loro percorsi terapeutici.

L'ostacolo maggiore incontrato nello svolgimento delle attività in presenza è stato il dover indossare la mascherina per alcune ore all'interno degli spazi chiusi e che per ridurre questo disagio si è cercato di svolgere alcune attività all'aperto, sempre nell'area circoscritta del Centro.

In seguito al colloquio telefonico, è stato somministrato il questionario completo, che comprendeva varie domande per ogni ambito preso in analisi, tra cui:

1. Riorganizzazione del Servizio, sede di tirocinio;
2. Tutela della salute degli operatori sanitari e utenti;
3. Formazione degli operatori sanitari e le pratiche di gestione dello stress;
4. Funzione educativa e performance riabilitativa;
5. Il vissuto degli operatori.

Dalla rielaborazione del questionario è emerso che il servizio, durante l'emergenza e il lockdown nazionale, è stato aperto solo per le visite di emergenza e per il monitoraggio delle situazioni più gravi, mentre le attività educative si sono svolte in via telematica, a cui io ho potuto partecipare e proseguire, così, il mio percorso formativo.

Le attività venivano portate avanti tutti i giorni dalle 14.30 alle 16.00, seguendo la normale programmazione di quando venivano svolte in struttura, e la mattina veniva fatto lo spuntino insieme agli utenti dalle ore 10:00 alle 11:30 e vi partecipava uno specifico gruppo di utenti, che necessitava di un trattamento ad alta intensità.

Rispetto alla programmazione iniziale sono state aggiunte due attività: il gruppo nutrizionale, condotto dall'educatore professionale insieme al dietista ed il laboratorio di scrittura del "sillabario della quarantena".

Durante il primo laboratorio, che si svolgeva ogni mercoledì pomeriggio, gli utenti hanno trovato uno spazio per condividere i loro pensieri, riflessioni e situazioni vissute a casa, che riguardavano strettamente il rapporto con il cibo.

Non potendo più svolgere i pasti assistiti al centro, per i soggetti è stato molto importante riportare e confrontarsi su alcune difficoltà provate, affidandosi alle due figure professionali che li ascoltavano attivamente e che, quando necessario, davano loro consigli.

Il secondo laboratorio, "il sillabario della quarantena", era un lavoro sulla scrittura e la descrizione di alcune parole, che durante la settimana in quarantena avevano scaturito nel soggetto varie emozioni e pensieri. In seguito, durante l'ora del laboratorio se ne parlava e si rifletteva sul significato delle parole scelte da ogni utente e perché avesse avuto la necessità in quel momento di portarle al gruppo. Spesso queste parole erano metafore o celavano un ricordo di una situazione di vita vissuta o di una persona significativa incontrata o ancora presente nella vita del soggetto.

È stato importante, inoltre, scegliere il titolo da dare al laboratorio, che è proseguito nei mesi dopo il lockdown, e che sarà un inserto speciale del successivo numero della rivista "L'Altra Luna".

Durante l'emergenza, nonostante la riuscita introduzione di queste due nuove attività, altre sono state interrotte, come il laboratorio artistico, condotto da

un'esperta esterna all'organico della struttura, il progetto "Frame: dalle parole alle immagini" ed il laboratorio di canto, guidato anch'esso da una professionista esterna.

Con la ripresa delle visite e delle attività in presenza, dopo l'uscita dal lockdown, gli accessi al servizio sono stati dilazionati e controllati, il numero del rapporto tra operatori e utenti ammessi contemporaneamente all'interno del servizio è uno ogni cinque massimo.

Il rapporto con i familiari si è mantenuto tramite chiamate telefoniche e videochiamate e l'accesso di questi in struttura è garantito per i colloqui con i terapeuti.

Analizzando ora le risposte al questionario sull'aspetto legato alla tutela della salute degli operatori sanitari e degli utenti, si può affermare che gli stessi operatori sono stati ampiamente informati grazie ad aggiornamenti e corsi specifici e tramite la consultazione del rapporto Iss Covid-19 n.8/2020 Rev sulle norme sanitarie da rispettare nel servizio e le corrette procedure igieniche.

Inoltre, tutti i professionisti e gli utenti indossano in modo adeguato i DPI all'interno della struttura e si sono adottate modalità di lavoro che consentano il mantenimento della distanza fisica.

Per assicurare la sicurezza all'interno del servizio gli operatori devono misurare la temperatura con il termoscanter quando entrano in turno ed il controllo viene eseguito dall'infermiere.

Inoltre, il servizio ha promosso alcune attività d'informazione e formazione per utenti e per la tutela della loro e altrui salute tramite colloqui formali e informali e da parte loro c'è stata fin da subito piena collaborazione.

Un servizio attivato dalla struttura e che gli operatori potevano usufruire è stato quello di supporto psicologico per le figure professionali del servizio, tramite colloqui formali e informali, poiché la pandemia può avere in parte influito sullo sviluppo di stress post traumatico.

In merito alle domande fatte riguardanti il vissuto personale dell'educatore è stato messo in luce quanto, durante le settimane di lockdown, l'isolamento sociale abbia messo a dura prova la vita di ognuno e che, anche se non è stata vissuta una particolare situazione di stress e ansia dovuta al lavoro, quest'ultimo è stato molto intenso e impegnativo, seppur le attività sono state svolte da remoto.

Grazie all'indagine svolta e alla rielaborazione si sono potute rilevare le varie difficoltà e le nuove modalità attivate dal Centro DCA di Fermo, per continuare ad assicurare un percorso terapeutico educativo riabilitativo all'utenza.

Personalmente, è stato interessante poter vedere che in alcuni utenti non c'è stato un calo della motivazione durante il periodo di lockdown e che invece i loro percorsi terapeutici riabilitativi hanno subito una svolta positiva.

Secondo il parere di alcuni utenti, svolgere le attività tramite lo schermo di un pc, in un luogo di comfort come le mura di casa, non è stato un limite, anzi si sono sentiti maggiormente a loro agio e più liberi di esprimersi.

Inoltre, è stato di grande aiuto poter fare un lavoro mirato e intensivo solo con un piccolo gruppo di persone, che nel corso di questa quarantena non si è mai modificato.

4.2

L'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE-RIABILITATIVE IN MODALITÀ ONLINE: L'ANALISI DEL QUESTIONARIO

Durante il periodo di lockdown a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, dato lo svolgimento delle attività educative-riabilitative da remoto attraverso la piattaforma Skype for Business, è sorto in me il quesito circa l'efficacia di queste sul percorso terapeutico di ogni soggetto che vi aveva preso parte.

Così, ho deciso di elaborare un questionario da somministrare ad ogni componente del gruppo, strutturandolo con domande aperte e composto da sole sette domande, in modo che i vari utenti si concentrassero e dessero risposte ampie e specifiche ad ogni quesito.

La figura 4.1 rappresenta il questionario somministrato.

QUESTIONARIO SULL'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE RIABILITATIVE SVOLTE IN MODALITÀ ONLINE DURANTE IL PERIODO DEL LOCKDOWN (11/03/2020-15-06-2020)

1. Come hai vissuto l'esperienza del proseguo del percorso terapeutico svolto a distanza durante il periodo del lockdown?
2. Ritieni che le attività riabilitative svolte in modalità online abbiano avuto un riscontro positivo ed efficace sul tuo percorso terapeutico?
3. Con questa nuova modalità sei riuscita a dare continuità al percorso che avevi iniziato in presenza? È stato facile adattarsi alla riorganizzazione delle attività da remoto o ci sono state difficoltà?
4. L'utilizzo del computer e degli altri dispositivi elettronici ha aumentato o diminuito la tua capacità di esprimerti e condividere con gli altri emozioni e vissuti?
5. Pensi che il lavoro svolto con un gruppo ristretto e circoscritto abbia favorito e migliorato la comunicazione di pensieri ed emozioni tra i membri di questo?
6. Durante il lockdown sono stati introdotti nuovi spazi terapeutici, fra i quali il "Gruppo nutrizionale" coordinato da Educatore e Dietista del centro. Quanto ti è stato utile ai fini del mantenimento degli obiettivi legati al piano alimentare?
7. Come è stato riprendere le attività educative-riabilitative in presenza dopo la fine del lockdown?

Dall'analisi e dalla rielaborazione di questo, è emerso che la maggior parte degli utenti sono rimasti sollevati dall'apprendere che il percorso terapeutico sarebbe proseguito, anche se da remoto, poiché hanno vissuto il momento iniziale di lockdown e conseguente chiusura del Centro con paura e grande tensione.

“Non vedevo l'ora che arrivasse il momento del collegamento perché appunto potevo evadere e potevo continuare a lavorare su me di me.” Questo, è ciò che riporta un'utente del centro, poiché l'inizio del percorso terapeutico a distanza gli ha permesso di *“riflettere e mettere ordine sulle emozioni”*, che non le era concesso dalla poca tranquillità che provava nello stare a casa tutto il giorno e convivere con la sua famiglia.

Dato il tempo dilatato dal lockdown, gli utenti riferiscono che in questo modo hanno avuto più momenti e più spazio da dedicare alle tematiche affrontate durante le attività e a focalizzarsi maggiormente sul loro percorso, dandogli la priorità.

Inoltre, nonostante alcune difficoltà iniziali legate ad una organizzazione pratica e legate ad alcuni problemi tecnici di rete riscontrati, questa nuova modalità ha trovato la sua efficacia anche nel permettere loro una continuità del percorso terapeutico iniziato in presenza e nel continuare ad offrirgli gli strumenti necessari per affrontare eventuali situazioni di malessere e problematiche legate al disturbo.

Spesso, anche durante le attività online, si discuteva su quanto fosse surreale aprirsi e parlarsi attraverso lo schermo di un pc e, in merito a questo, dalla maggior parte delle risposte si ricava che l'utilizzo del computer, per la maggior parte degli utenti, ha aumentato la capacità di esprimersi di fronte agli altri, esponendo riflessioni e pensieri personali, e che il trovarsi da soli nelle proprie

stanze senza alcun tipo di distrazioni, li aiutasse a concentrarsi maggiormente. Un'utente sostiene che, nonostante lo schermo e nonostante la distanza fisica, si aveva comunque la possibilità di esprimersi tramite le espressioni facciali e la comunicazione non verbale, mentre risulta impossibile farlo con la mascherina indossata. Questo è ciò che scrive: *“Non eravamo costretti ad usare le mascherine e quindi avevamo la possibilità di confrontarci con l'altro a 360°, facendo anche uso della comunicazione facciale.”*

Nonostante lavorare con un gruppo ristretto e circoscritto favorisca l'apertura e la comunicazione di emozioni e pensieri da parte di tutti ed un ascolto mirato e autentico, i soggetti hanno tutti riportato l'opportunità che un gruppo più numeroso offre, ovvero che è possibile cogliere e ricevere un numero maggiore di stimoli e di spunti su cui riflettere.

Riguardo all'introduzione di nuovi spazi terapeutici, come il “Gruppo nutrizionale” e l'attività sul “Sillabario della quarantena”, svolta durante il gruppo di scrittura creativa, gli utenti si sono rivelati molto entusiasti.

Un'utente scrive: *“Il gruppo mi è servito per sapere di non essere la sola ed unica con mille ansie e paure per il cibo e, in questo modo, mi ha aiutato a superarle.”* E un altro riporta: *“Avere uno spazio dove poter parlare delle proprie difficoltà alimentari, dei propri disagi e delle proprie paure e capire che ci sono dei modi per riuscire ad affrontarle, ti fa sentire sollevata.”*

Infatti, il gruppo nutrizionale ha fornito loro uno spazio dove poter parlare e confrontarsi liberamente sulle difficoltà, sui disagi, sulle ansie e paure provate, connesse al disturbo alimentare e che si potevano presentare più frequentemente

durante la settimana, non svolgendo più i pasti assistiti al Centro insieme a figure professionali, che potevano contenere le loro emozioni e negative. Inoltre, il gruppo è stato molto utile poiché ha fornito strumenti adeguati per riuscire ad affrontare le problematiche e le situazioni di disagio che si potevano creare a casa e a mantenere, in questo modo, gli obiettivi legati al piano alimentare.

Il lavoro di creazione del “Sillabario della quarantena”, sviluppatosi e portato avanti durante il gruppo di scrittura creativa, ha permesso agli utenti un arricchimento personale e a *“guardare la quarantena e quel determinato periodo con occhi diversi, più attenti e profondi”*, grazie alla scrittura, ai confronti e alle riflessioni che nascevano tra i membri del gruppo in merito al significato attribuito dagli utenti a varie parole scelte da loro e che avevano deciso di condividere.

Per gli utenti del Centro DCA di Fermo, riprendere le attività educative-riabilitative in presenza, dopo la fine del lockdown, è stato molto bello, poiché c’era il forte desiderio di tornare ad una “quasi normalità”.

Da alcuni viene riportata la sensazione di stranezza e smarrimento, dato dal ritorno in struttura, e il riaffiorare di alcune emozioni e pensieri, che si credevano aver allontanato completamente nel periodo a casa e con cui era necessario nuovamente confrontarsi. *“E’ stato strano passare da vedere le persone da uno schermo al vederle per intero.”* E ancora: *“Avevo paura di non riuscire a esprimermi come facevo durante le attività online, ma invece ho avuto la sorpresa di farcela comunque nelle attività in presenza.”*

Inoltre, la mascherina e la limitazione del distanziamento fisico hanno, inizialmente, creato una situazione di disagio, che con il tempo si è riuscita ad affrontare e superare, abituandosi e prendendo familiarità con le nuove misure di sicurezza da rispettare e riacquisendo la confidenza che si aveva prima dell'emergenza nel Centro.

CONCLUSIONI

Per avere un quadro di senso completo, è opportuno e utile scrivere le conclusioni, alle quali sono giunta grazie al lavoro svolto.

Innanzitutto, è stato per me importante introdurre e analizzare le classificazioni dei disturbi alimentari da un punto di vista clinico e diagnostico, per chiarire al lettore le caratteristiche di queste patologie e come esse si manifestano.

Grazie alle ricerche effettuate in merito ai dati epidemiologici, ricavati dal Ministero della Sanità, si evince che in Italia un numero davvero considerevole soffre di disturbi alimentari. Ciò fa intendere quanto sia importante attuare campagne di prevenzione sul territorio e quanto sia fondamentale avere delle strutture adeguate e specializzate per il trattamento dei DA. Per essere considerate tali, è fondamentale che queste ultime siano composte da un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale, che segua l'utente nel suo percorso terapeutico e che gli fornisca una riabilitazione a 360°, che intrecci aspetti nutrizionali e organici con aspetti psichici e sociali. Nel territorio è necessario un implemento delle strutture e delle figure professionali e, purtroppo, ancora oggi l'educatore professionale non è inserito nell'organico di alcuni luoghi di cura per disturbi alimentari.

L'educatore professionale assume un ruolo centrale nel percorso terapeutico di cura di ogni soggetto e posso affermare e sostenere, grazie all'esperienza di tirocinio formativo presso il Centro per la diagnosi e trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare e grazie all'attendibilità delle fonti bibliografiche consultate per la stesura di questa tesi, che gli interventi educativi-riabilitativi, che

utilizzano la scrittura come mezzo di espressione e come strumento educativo e terapeutico, possono contribuire all'apertura del soggetto verso un'espressione della sua identità personale, del suo "mondo interiore", delle sue emozioni e dei suoi pensieri, tramite l'uso delle parole e non del corpo, come è invece comune per coloro che presentano un disturbo alimentare.

Infine, grazie a due questionari, somministrati il primo alla guida di tirocinio e il secondo agli utenti del Centro, sono riuscita a descrivere la realtà della struttura e ad analizzare quali effetti aveva avuto sui soggetti la sua riorganizzazione durante l'emergenza sanitaria da Covid-19.

Attraverso il primo questionario, si ha la testimonianza di quanto è necessario che all'interno di una struttura ci sia la presenza di un'équipe multidisciplinare, competente ed unita, che si adoperi prontamente, nonostante la difficile situazione, per continuare a fornire cure e interventi mirati e specifici per ogni utente della Centro, nel rispetto delle norme di sicurezza vigenti.

Dal secondo questionario, tramite il quale ho voluto verificare l'efficacia delle attività educative-riabilitative svolte a distanza tramite una piattaforma online, è emerso che queste hanno avuto un riscontro molto positivo sul percorso terapeutico della maggior parte degli utenti che vi hanno partecipato.

Grazie agli interventi educativi-riabilitativi in modalità online, è stata concessa una continuità e un mantenimento del lavoro e sono stati forniti gli strumenti adeguati e necessari ad ogni soggetto, sia da un punto di vista psicologico sia strettamente

correlati al pasto, per affrontare eventuali problematiche e situazioni di malessere e disagio interiore, legati al disturbo alimentare.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association, *“Diagnostic and statistical manual of mental disorders”* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (2013).

Edizione italiana: *“Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali”*, quinta edizione, (2013), Milano, Raffaello.

Bassa Poropat M.T, Lauria F., *“Professione educatore: modelli, metodi, strategie di intervento”*, Edizioni ETS, 1999, 2 ed.

Cuzzolaro M. e Della Torre N., *“Immagine del corpo e alimentazione. La specificità della danzamentoterapia nei disturbi alimentari.”* In Atti del Convegno Nazionale Apid a Firenze 23-25 marzo 2012 in APID Magazine

Dalla Ragione L., Antonelli P., *“Le mani in pasta”*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2018

Demetrio D., *“Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé”*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996

Demetrio D., Borgonovi C., *“Scrittura e terapia”*, Edizioni Guerini e Associati Spa, Milano, 2007

Gardella O., *“L'educatore Professionale: finalità, metodologia, deontologia”*, FrancoAngeli, Milano, 2007

Marzano M., *“Volevo essere una farfalla”*, Mondadori, 2011

Mendolicchio L., *“Bisogna pur mangiare”*, Lindau Editore, Torino, 2017, 1 ed.

Mendolicchio L., *“Prima di aprire bocca”*, Guerini e Associati, Milano, 2018

Pennebaker J. W., *“Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute”*, in *“Psicologia della salute”*, n. 2

Pierotti F., *“Il segno come sintomo. Dal corpo significante al significato del corpo”*, ali&no Editrice, ,2013

Rugo M. A., Minazzi E., *“Uno per tutti, uno per uno. La cura residenziale dei disturbi del comportamento alimentare”*, FrancoAngeli Milano, 2015

Solano L., *“Scrivere per pensare. La trascrizione dell’esperienza tra promozione della salute e ricerca”*, Franco Angeli, Milano, 2007

Eco U., *“Sei passeggiate nei boschi narrativi”*, Bompiani, Milano, 1994

Watzlawick P, Beavin J.H , Jackson D.D., *“Pragmatica della comunicazione umana”*, Astrolabio, Roma, 1971

SITOGRAFIA

www.anep.it, consultazione settembre 2020

www.quotidianosanità.it, Quotidiano online di informazione sanitaria, Governo e Parlamento, *“Disturbi dell'alimentazione: circa il 95% di chi ne soffre sono donne”*, 21 aprile 2018, consultazione settembre 2020

www.salute.gov.it, Ministero della Salute, *“Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione”*, Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017, consultazione settembre 2020

www.salute.gov.it, Ministero della Salute, *“La nostra salute: i Disturbi dell'Alimentazione”*, 5 febbraio 2013, ultimo aggiornamento 21 aprile 2020, consultazione settembre 2020

