

# INCONTRO 5

LE SFIDE NELL'UTILIZZARE UN  
APPROCCIO INCLUSIVO

# PRIMA DI INIZIARE

## IMPORTANTE DA TENERE A MENTE

- **Gli approcci inclusivi al peso** (no-diet, anti-diet, HAES, Intuitive Eating) sono una specifica area di lavoro scientifico clinico
- È importante **accumulare pratica clinica e molta esperienza prima di iniziare**
- Leggere molto e **ascoltare ancora di più**
- Le **supervisioni** sono essenziali
- Il **supporto tra colleghi** è prezioso per la crescita



# IN QUESTO INCONTRO APPROFONDIREMO



**LA RICHIESTA DI PERDERE PESO**



**TRATTARE L'ARGOMENTO DEL PESO**



**COLLABORARE CON ALTR\* PROFESSIONIST\***



**COLLABORARE CON LA FAMIGLIA**



**LAVORARE CON LE PATOLOGIE**



**LAVORARE CON I DIST. ALIMENTARI**



# COME VI PARLEREMO DELLE SFIDE

## SFIDA

### PERCHÈ È UNA SFIDA

perchè è una sfida all'interno  
dell'approccio inclusivo e/o rispetto  
agli approcci del passato / presente

### GLI STRUMENTI NELLA PRATICA CLINICA

quali sono gli strumenti (derivanti dai  
principi) che possiamo utilizzare  
**esempi di casi clinici**



1

**RICHIESTA DI PERDERE PESO**



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

## LA RICHIESTA DI PERDERE PESO

### DUBBI

- è compatibile con l'approccio?
- come gestire il desiderio di perdere peso?

### PERCHÈ È UNA SFIDA

Interferisce con gli obiettivi non focalizzati sul peso, ma **è parte del percorso.**

È **frustrante e faticoso** per il professionista e per la persona.



## GLI STRUMENTI

- spostare il focus dall'obiettivo al desiderio
- relazione terapeutica: accogliere e normalizzare l'ambivalenza
- psicoeducazione sulla giustizia sociale
- autodeterminazione informata: vantaggi e svantaggi della perdita di peso
- supervisione



1

## SPOSTARE IL FOCUS DALL'OBIETTIVO AL DESIDERIO

**Obiettivo e desiderio sono due cose diverse**

**L'obiettivo di perdere peso** non è compatibile con un approccio non focalizzato sul peso. Possiamo accoglierlo, ma **non possiamo considerarlo con la persona un obiettivo per lavorare insieme.** → Se la persona ha questo obiettivo e non desidera aprirsi ad alternative **inviamo** (vedi incontro 4).

**Il desiderio di perdere peso o di essere magro** è compatibile con questo approccio e **la sua presenza è normale.**



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



# 1 ELIMINARE IL DESIDERIO DI PERDERE PESO NON È REALISTICO

In una **società grassofobica** che da alla magrezza un valore morale, che discrimina sulla base di determinate caratteristiche corporee e che promuove pratiche focalizzate sul peso in una **cultura della dieta**

→ **non è realistico provare a eliminare il desiderio di perdere peso**



## 1

# RELAZIONE TERAPEUTICA: ACCOGLIERE E NORMALIZZARE L'AMBIVALENZA

- Il desiderio di perdere peso **non si può eliminare del tutto**, ma si può comunque fare un **ottimo lavoro di cura** focalizzandosi sulla riduzione fattori di rischio e sulla promozione fattori di protezione e sui comportamenti di benessere
- è importante saper **accogliere** e **normalizzare** la **permanenza del desiderio di perdere peso**:
  - **per evitare colpevolizzazioni** che riducono l'autoefficacia nel proseguire un approccio di cura e di benessere
  - **per far fronte all'ambiente culturale tossico**, riducendone l'impatto nocivo



1

# RELAZIONE TERAPEUTICA: ACCOGLIERE E NORMALIZZARE L'AMBIVALENZA

## NORMALIZZARE

- normalizzare la **presenza del desiderio di perdere peso** in un percorso non focalizzato sul peso è comune
- **condividere** con la persona che eliminare il desiderio non è realistico
- aiutare a **ridurre l'impatto che il desiderio** di perdere peso ha sulla vita della persona
  - lavoro sui motivi per cui la persona desidera perdere peso proponendo/costruendo con la persona alternative non focalizzate sul peso



# CASO CLINICO

Maria si presenta da noi con l'**obiettivo di perdere peso**

**Accolgo la richiesta** ed inizio a sondare se ci sono i presupposti per lavorare con il mio approccio. (**accogliere**)

Insieme decidiamo di sperimentare un approccio non focalizzato sul peso perchè **individuiamo degli obiettivi comuni non focalizzati sul peso** (**spostare il focus**).

Maria *“sono arrivata qui che volevo assolutamente dimagrire ora un po’ lo vorrei comunque, ma non è più il mio obiettivo principale, è più **un desiderio**”*

Rimando che è un **normale** processo e che il desiderio potrebbe non andare mai via, ma impareremo a **ridimensionarlo** il più possibile. (**normalizzare**)

**Strumento → spostare il focus dall’obiettivo al desiderio + relazione terapeutica: accogliere e normalizzare**



1

# PSICOEDUCAZIONE SULLA GIUSTIZIA SOCIALE

- accogliere le esperienze della persona
- conoscere il privilegio
- **accompagnare la persone nel conoscere i concetti di privilegio, grassofobia e stigma**
- aiutare a capire la propria esperienza attraverso la lente della giustizia sociale (privilegio, grassofobia...)

Solo se ne si hanno le competenze: studi di genere, *fat studies*, femminismo intersezionale, psicologia sociale... → se non si hanno le competenze fermarsi **all'accoglienza**

Per gli approcci inclusivi **la giustizia sociale e il femminismo intersezionale sono strumenti di lavoro.**



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# I PERCHÉ DEL DESIDERIO DI PERDERE PESO

- Motivi legati **alla salute**: “desidero perdere peso per migliorare la mia salute”
- Motivi legati **all'immagine corporea**: “desidero perdere peso per piacermi”
- Motivi legati **alla marginalizzazione/discriminazione**: “desidero perdere peso per trovare le mie taglie, non essere discriminatə, trovare lavoro”
- Motivi legati **alla disabilitazione** (= quando certe caratteristiche non vengono accolte dalla società e diventano quindi disabilità): “desidero perdere peso per avere una vita migliore, eliminare i fastidi legati al mio corpo, ‘curare’ una patologia”



# IL DESIDERIO DEL PRIVILEGIO

Il desiderio di perdere peso o di essere magro è **spesso dovuto al desiderio del privilegio che deriva da un determinato peso.**

**Il privilegio legato ad un corpo magro** è il minimo comune denominatore dei motivi per cui le persone desiderano perdere peso.



1

## AUTODETERMINAZIONE INFORMATATA: VANTAGGI E SVANTAGGI DELLA PERDITA DI PESO

Illustrati gli strumenti, le dinamiche i possibili personali vantaggi e svantaggi la persona è **libera di scegliere in maniera più consapevole e autodeterminata** se continuare a perseguire l'obiettivo di perdere peso -> eventuale invio



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



# CASO CLINICO

Maria viene invitata a un matrimonio e deve rientrare nel vestito che aveva comprato anni fa (evento trigger) “***Voglio di nuovo perdere peso***”.

Altri **eventi trigger**:

- prova costume
- commenti sul peso
- non trovare le taglie
- richieste specifiche di rientrare in un peso (visite mediche, lavoro etc...)
- aumento di peso durante il percorso

**Strumenti → normalizzare + autodeterminazione: vantaggi e svantaggi perdita di peso + psicoeducazione sulla giustizia sociale:** introduciamo le dinamiche oppressioni sistemica in base al fat spectrum



1

## SUPERVISIONE

**Il desiderio di perdere peso** all'inizio o durante il percorso può essere molto sfidante/frustrante per il professionista

→ farsi affiancare in **supervisione** aiuta a trovare soluzioni e tollerare la frustrazione



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# CASO CLINICO

Maria prosegue il percorso, ma **sente ancora primario l'obiettivo di perdita di peso.**

**Strumento**→ **autodeterminazione informata**

**Normalizzare** il desiderio di perdita di peso

Non giudizio sull'obiettivo

**Invio ad altri professionisti o supervisione per uscire dall'impasse**



2

## TRATTARE L'ARGOMENTO PESO



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

## TRATTARE L'ARGOMENTO PESO

### DUBBI

- come nominarlo
- come usarlo
- e la bilancia?

### PERCHÈ È UNA SFIDA

essendo un approccio **non focalizzato sul peso** è difficile capire come si può trattare questo tema (quando la persona è allineata con l'approccio)



## TRATTARE L'ARGOMENTO PESO

### GLI STRUMENTI

- **relazione** terapeutica (accogliere, legittimare, ascoltare, rispettare)
- **psico-educazione** sul peso, sulla salute e sulla grassofobia
- il **peso** delle persone e l'uso della **bilancia**
- **fat spectrum** per trovare un modo non stigmatizzante di parlare del peso



# RELAZIONE TERAPEUTICA

- **ACCOGLIERE e LEGITTIMARE** sono gli strumenti che ci permettono di “coccolare” l’ambivalenza.

*Mi dispiace che tu abbia dovuto vivere una visita così stigmatizzante*

- **ASCOLTARE** l’esperienza di disagio per **non rendere il peso un tabù**: il bisogno/desiderio c’è ed è parte del lavoro (punto precedente), se ne parla anche dopo l’ingaggio al lavoro non focalizzato.
  - *Come va rispetto all’obiettivo di perdita di peso?*
- **RISPETTARE** il processo multistep delle persone per creare uno spazio non giudicante e libero
  - *Capisco che ora per te la cosa più importante sia perdere peso. (senza MA)*



## (INCONTRO 2)

*Credi sia possibile per te perdere peso? Come? Pensi ci sarebbero degli svantaggi? Credi di poterlo mantenere? Sai cos'è il peso naturale? Quali pensi sia il tuo peso naturale?*

***Pensi sia un momento favorevole per te per scoprire, vivere il tuo peso naturale?***

**Il peso naturale è un range ampio di peso all'interno del quale la persona vive i suoi bisogni in equilibrio con il minimo impatto sulla salute.**





...

## (INCONTRO 2)

### É un peso di benessere?

Dobbiamo saperlo valutare insieme alla persona considerando i DETERMINANTI DELLA SALUTE, scoprendo insieme i suoi fattori di rischio e fattori di protezione.

### E se non c'è benessere?

L'equilibrio di peso che una persona può mantenere con le sue risorse in quel dato momento di vita può non essere un peso naturale, oppure può essere un peso naturale, ma non un peso di benessere, in ogni caso dobbiamo chiederci e aiutare la persona a capire: dove posso operare delle scelte? mi conviene? con quale scopo? **LAVORO SULL'ACCETTAZIONE**



# PSICO EDUCAZIONE SUL PESO... SULLA SALUTE ... E SULLA GRASSOFOBIA

## (INCONTRO 1)

- **Dal personale:**

*Che effetto ha avuto su di te quel commento sul corpo di Maria?*

*Come ti sei sentita quando il medico ti ha detto solo di perdere peso?*

- **Al politico:**

*Sai da dove derive il termine obesità?*

*Sai da dove deriva il disprezzo per i corpi grassi?*



# PESO NATURALE dal webinar di approfondimento

Qual è lo spazio d'azione che abbiamo sul peso?

Le domande corrette sono:

**Qual è lo spazio di azione che abbiamo sullo stile di vita?**

**Quali variazioni hanno un impatto sul peso? sì, no, perché?  
(e perché ci interessa?)**

Ricordiamo sempre da cosa è determinato il peso e la salute

**predisposizioni genetiche, ambiente politico, comunità, spazi urbani, sistema delle persone che frequento, famiglia, conviventi...**



**MALASALUTE?**  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

## 2

# PESO E USO DELLA BILANCIA

**è importante conoscere il peso? è importante conoscerlo con la bilancia?**

**1. È importante nella misura di quanto è importante per la persona**

Se vuole pesarsi, agiremo in base alle nostre competenze e preferenze con l'obiettivo di rendere il peso sempre meno significativo.

## ATTENZIONE

L'obiettivo non è “normalizzare l'uso della bilancia”, ma togliere importanza al numero sulla bilancia, quindi la bilancia fisicamente **NON SERVE** per raggiungere questo obiettivo. (il suo utilizzo è a discrezione della professionista)



## LA DECOSTRUZIONE DEL PAZIENTE DIPENDE DALLA DECOSTRUZIONE DEL PROFESSIONISTA

### 1. CONTROLLA IL PESO E MANTIENITI SEMPRE ATTIVO

#### COME COMPORTARSI

- Il tuo peso dipende principalmente da te. Non occorre pesarsi ogni giorno, ma è sufficiente farlo all'incirca una volta al mese, facendo attenzione alle eventuali variazioni.

- sei d'accordo?
- cosa pensi rispetto al peso?
- cosa fai per te ?

**PUOI PARLARNE IN UNA SUPERVISIONE**



## 2

## PESO E USO DELLA BILANCIA

**è importante conoscere il peso? è importante conoscerlo con la bilancia?**

**2. Il peso di una persona determina lo stigma.**

(quindi ci interessa il peso dello stigma)

→ **come possiamo indagare lo stigma sul peso?**

conoscendo le conseguenze dello stigma e indagando

→ ***è importante il numero sulla bilancia o il BMI?***

**SI perché il BMI determina la discriminazione medica.**



2

## FAT SPECTRUM

Perché è importante il fat spectrum per trattare di peso?

MOLTO  
MAGRO

MAGRO

POCO  
GRASSO

GRASSO

MOLTO  
GRASSO

MOLTO MOLTO  
GRASSO

~~BMI~~



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# CASO CLINICO

Simona ha iniziato un percorso per trovare con il cibo una relazione di benessere e per perdere peso.

Lungo il percorso insieme, anche in seguito a progressi sull'ascolto dei bisogni con il cibo, ha più volte espresso il suo **BISOGNO DI PERDERE PESO** che ho **ACCOLTO** e **LEGITTIMATO**.

Abbiamo lavorato sulla psico-educazione alla salute che l'ha accompagnata e l'ha aiutata a risignificare tutte le visite mediche e le analisi che è riuscita a fare dopo anni di “abbandono della sua salute perché bastava dimagrire e mangiare bene”.

Non si è mai pesata con me (percorso online), nemmeno a casa, ma ha osservato i vestiti e mi ha sempre parlato di taglie che sono cambiate lungo il percorso (da persona poco grassa è passata ad essere una persona grassa).

(in parallelo ha seguito per tutto il tempo un percorso psi molto allineato)

In un anno e mezzo non sente l'esigenza di pesarsi (non è più un evitamento), il suo corpo ha trovato un equilibrio di taglie, ha raggiunto una buona accettazione del corpo.

Ottimi risultati dal punto di vista della relazione con il cibo di ascolto e abbiamo concluso il percorso con un periodo di lavoro specifico sull'alimentazione di benessere.





3

COLLABORARE CON ALTRE PROFESSIONISTE



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

## COLLABORARE CON ALTRE PROFESSIONISTE?

### DUBBI

- come spiego a altre professioniste il mio approccio?
- come interrompo delle collaborazioni con professioniste che non sono più in linea con i miei valori?
- come mi comporto se altre professioniste mi remano contro?
- come fare un invio?

### PERCHÈ È UNA SFIDA

Creare rete con professioniste che abbraccino i nostri stessi valori è la soluzione ideale, ma nella pratica clinica non è sempre possibile.



## GLI STRUMENTI

- comunicazione
- etica e non nuocere
- autodeterminazione



# LAVORARE IN ÉQUIPE

Le difficoltà più comuni sono:

- lavorare all'interno di équipe già costituite e non modificabili (es: nel pubblico)
- équipe costituite in passato con approcci diversi (es: collaborazioni)
- **persona che è già seguita da un'altra professionista (non équipe)**



# COMUNICAZIONE

## Come spiego a altrə professionstə il mio approccio?

Quando avvio nuove collaborazioni:

- analizzare la propria **comunicazione offline e online**
- esporre in maniera chiara il proprio approccio e i principi su cui si basa (**aver affrontato bene le fasi di decostruzione-interiorizzazione**)
- come con il paziente: **non ingannare, non essere ambivalente**
- analizzare la comunicazione dell'altrə professionistə per valutare se è in linea con il nostro approccio

**domanda stimolo:** come mi sentirei a lavorare con questə professionstə?  
Potrei creare ambivalenza nella persona che dovremmo seguire insieme?



**MALASALUTE?**®  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# ETICA E NON NUOCERE

Come interrompo delle collaborazioni con professionstə che non sono più in linea con i miei valori?

Questo è utile quando ci sono vecchie collaborazioni:

- analizzare nuovamente la propria **comunicazione offline e online**  
**domanda stimolo:** tenere delle collaborazioni con professionstə lontane dai miei valori crea ambiguità nella mia comunicazione? **nuoce** alla persona che ho in carico?
- **scelta etica e personale**



# CASO CLINICO

**Come mi comporto se mi arriva una persona inviata da un\* professionista per perdere peso?**

Anna fissa un primo colloquio in ambulatorio specificando solo di essere stata inviata dalla Dott.ssa X

Ho collaborato (in pubblico) con la Dott.ssa X per anni all'interno di un approccio focalizzato sul peso (passato/presente).

*Anna: “Ho avuto di recente un episodio depressivo e con la terapia farmacologica sono aumentata tanto di peso la Dott.ssa X mi ha detto che lei è molto brava e che mi può aiutare a perdere peso e stare meglio con il mio corpo”*

Proseguo l'anamnesi: **Anna ha un buon rapporto con il cibo**, ad eccezione di sporadici episodi di fame emotiva, **ha un'immagine corporea positiva e un rapporto piacevole con il movimento.**

**Come mi comporto?**

**Strumento →**

**comunicazione assertiva con la collega rispetto al mio attuale approccio. Scelta etica e personale  
comunicazione etica e rispettosa con la persona (non denigrare l'altr\* professionista\*)**



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# AUTODETERMINAZIONE

## Come mi comporto se altrə professionstə mi remano contro?

Questo è utile quando è la persona a scegliere autonomamente due o più professionistə da cui farsi seguire (non équipe).

- **comunicazione ed etica** collaborare (il più possibile) con gli altrə professionistə per il bene della persona che abbiamo in carico
- **lavorare sull'ambivalenza** con la persona
- **autodeterminazione**

Di solito questa situazione è più problematica quando si crea all'inizio di un percorso, in cui la persona contatta contemporaneamente più professionistə, se avviene durante il percorso con noi abbiamo generalmente maggiore spazio di lavoro perché abbiamo già l'alleanza terapeutica.





## Come mi comporto se altrə professionstə mi remano contro? - CASO CLINICO- AL PRIMO COLLOQUIO

Giulia durante il primo colloquio mi dice di aver preso appuntamento contemporaneamente con me e con una dietista per perdere peso.

**Comunicazione** Le spiego il mio approccio e introduco, normalizzandolo, il tema dell'ambivalenza sul desiderio di perdita di peso. Le lascio alcuni riferimenti di dietistə HAES con cui collaboro.

**Autodeterminazione** Le propongo di fissare un secondo colloquio dopo che farà la prima visita con la dietista scelta da lei così da riflettere insieme su come costruire il suo percorso.



## Come mi comporto se altre professioniste mi remano contro? - CASO CLINICO-

### DURANTE IL PERCORSO

Marta è seguita da me ed una dietista da quasi un anno per un percorso di riabilitazione dopo un disturbo alimentare. Rimane incinta e la ginecologa che la visita la pesa e le propone una dieta per evitare “che aumenti troppo”. Marta non vuole fare un’altra dieta ma quello che le ha detto la ginecologa l’ha scossa parecchio e si sente in crisi.

**Lavoro con la persona:** psicoeducazione sul medical weight stigma (incontro 1) e su come gestire le prossime visite con la ginecologa. Lavoro sulla gestione dei commenti triggeranti.

**Comunicazione ed etica** Contatto la dietista con cui collaboro che con il permesso di Marta chiama la ginecologa per spiegarle che è già seguita dal pdv nutrizionale e che in questo momento pesarla e fare commenti sul peso è molto triggerante. Comunicazione assertiva e collaborazione aperta.



# COME FARE UN INVIO

**Rete:** Avere una **rete di professionisti di riferimento** con il proprio approccio rende questo passaggio molto più fluido e spontaneo.

**Etica e comunicazione:** aver spiegato sin dal primo colloquio alla persona **qual è il nostro modo di lavorare ma anche quali sono i limiti della nostra professione** rende molto più facile sia per noi professionisti fare l'invio che per la persona accoglierlo e comprenderlo.

**Autodeterminazione:** scegliere il momento giusto per fare un invio fa parte di quelle competenze che si acquisiscono con la pratica clinica. Tenere a mente la **zona di sviluppo prossimale della persona, il contesto e i bisogni**.

**Supervisioni:** è uno strumento utile quando si crea un momento di impasse o si fa fatica a trovare il modo giusto per comunicare la necessità di un invio.



# COME FARE UN INVIO

## A chi fare l'invio?

- Invio ad un **professionistə della nostra stessa area di lavoro** ma con delle competenze specifiche su un ambito.  
Ad es: dietistə che fa un invio a un dietistə esperto in DCA
- Invio ad un **professionistə di un'altra area di lavoro**  
Ad es: dietistə che fa un invio psi per lavorare sull'immagine corporea
- Invio ad un **professionistə dell'area medica**  
Ad es: quando servono consulenze specifiche: ginecologə, endocrinologə, psichiatrə, etc..



4

## COLLABORARE CON LA FAMIGLIA



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

## COLLABORARE CON LA FAMIGLIA

### DUBBI

- come comportarsi con famiglia e/o partner che interferiscono con il percorso?
- come coinvolgere eventuali membri della famiglia e/o partner?
- come aiutare la persona a relazionarsi a persone che boicottano il suo percorso?

### PERCHÈ È UNA SFIDA

Famiglia, partner e amicizie possono interferire con il percorso non focalizzato sul peso



## GLI STRUMENTI

Distinzione importante: paziente minorenne o maggiorenne

- area psi: lavoro sistemico con la famiglia, lavoro con la persona sulle sue relazioni familiari
- area nutri: collaborazione con figura psi, definizione confini, collaborazione con la famiglia come alleata, condivisione obiettivi



# PAZIENTE MINORENNE O MAGGIORENNE

Se lavoriamo **con minori** la famiglia è parte integrante del percorso:

- obiettivi il più possibile condivisi
- coinvolgere la famiglia come alleata
- chiarezza e informazione/psico-educazione sull'approccio non focalizzato sul peso
- **per nutri:** + collaborazione con figure psi, **per psi:** lavoro sistemico con la famiglia

Se lavoriamo **con giovani adulti/adulti** il lavoro con la famiglia/partner è più indiretto:

- obiettivi della persona possono essere molto diversi da quelli della famiglia
- aiutare la persona a stabilire i propri confini
- coinvolgere, se utile, la famiglia come alleata (con incontro tutti insieme)
- chiarezza e informazione/psico-educazione sull'approccio non focalizzato sul peso
- **per nutri:** + collaborazione con figure psi, **per psi:** lavoro sulle relazioni della persona con la famiglia/partner -> **la famiglia/partner che sabotà è spesso parte del problema con il cibo e/o immagine corporea**





# ESEMPI

- famiglia/partner grassofobica
  - intervento minori e giovani adulti
  - intervento adulti
- famiglia/partner contraria al tipo di approccio scelto
- amicizie grassofobiche
- altro membro della famiglia che fa una dieta/ha perso peso/ha fatto chirurgia bariatrica



5

## LAVORARE CON LE PATOLOGIE



## DUBBI

- Diabete
- PCOS
- IBS
- Resistenza insulinica
- Patologie metaboliche
- Irregolarità mestruali, endometriosi
- Infertilità
- Celiachia/allergie...

## PERCHÈ È UNA SFIDA

Sembra incompatibile con l'approccio non prescrittivo perché con le patologie ci sono dei vincoli stringenti e spesso effettivamente delle "prescrizioni"



# APPROFONDIMENTO PERCHÉ È UNA SFIDA

L'approccio non prescrittivo viene frainteso come approccio “fai come ti pare” e sembra incompatibile con i vincoli (indicazioni di stile di vita) dati da determinate patologie.

Quando parliamo di “vincoli” li assumiamo come un dato di fatto:

*Quella dieta è più vantaggiosa per la persona.*

è davvero così? Sta scegliendo consapevolmente?

Secondo un approccio che vede la salute come un puzzle autodeterminato e non preconfezionato: **non sappiamo a priori cosa è giusto, né cosa è sbagliato per quella persona.**

Per esempio: **le persone potrebbero non essere interessate a cambiare la propria alimentazione perché il costo del cambiamento è troppo elevato.**



## GLI STRUMENTI

- decostruzione
- autodeterminazione
- Intuitive Eating
- costruzione



## INVIO MEDICO

Abbiamo tutte le info mediche necessarie per lavorare con gli strumenti dietistici?



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# DECOSTRUZIONE

## **Dialogo sul concetto di salute non legato al peso**

*-Se anche il peso fosse un fattore di rischio, non è modificabile perché...-*

## **Dialogo sull'impatto che l'alimentazione ha sulla patologia (piramide del benessere)**

*-è un fattore di protezione e un aiuto alle terapie, ma non è tutto...-*



# AUTODETERMINAZIONE

## PASSA DALLA CONOSCENZA: PER SCEGLIERE BISOGNA CONOSCERE LE ALTERNATIVE

**Spiegare** i comportamenti e le scelte **potenzialmente** protettiva per quella patologia, e i comportamenti e le scelte **potenzialmente** di rischio (senza anti-fat bias e cultura della dieta)

- *Nel tuo caso aggiungere i grassi ai pasti aiuta la risposta insulinica perché...-*

**Bilancio bisogni-valori → scelta (autodeterminazione)**

*-Pensi di riuscire a preparare i pasti nel rispetto delle indicazioni che possono essere per te protettive?-*

*considerare le risorse delle persone (non dare nulla per scontato)*



**MALASALUTE?**®  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



# COSTRUZIONE

**Fornire** gli strumenti che la persona **ha scelto** compatibili con le proprie risorse e valori.

Esempi:

Educazione alimentare positiva, cioè alimentazione di benessere senza interferenze della cultura della dieta e senza anti-fat bias

*-Per curare la tua malattia devi eliminare le farine bianche- (passato)*

*-Potresti provare ad aggiungere più spesso cereali integrali- -Cosa ti piace?- (presente)  
senza autodeterminazione*

*-Potresti provare ad aggiungere più spesso cereali integrali- -Cosa ti piace?- (futuro)*



**MALASALUTE?**®  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

# CASO CLINICO PATOLOGIE - PCOS

Gianna dopo aver girato infiniti specialisti (15) ha ricevuto una diagnosi di PCOS e ha scoperto l'approccio inclusivo al peso.

Dopo una parte di **decostruzione** ha **scelto** con fiducia di lavorare sui suoi fattori di protezione e di provare a defocalizzarsi dal peso (**autodeterminazione**).

La storia di diete e l'approccio focalizzato sul peso avevano scatenato l'esordio di un **disordine alimentare**: per prima cosa abbiamo lavorato su questo (**competenze specifiche**).

Ha scoperto tanti **comportamenti di benessere** (alimentazione per PCOS e insulino-resistenza e colon irratato-irritabile) e li pratica con piacere e scelta libera. (**costruzione**)

Ha tanti privilegi e risorse, ha un corpo grasso ma conforme ("bella di faccia"), il **desiderio di perdere peso** è ancora presente e ci stiamo lavorando. (**normalizzare**)



# CASO CLINICO PATOLOGIE - DIABETE

Sara inizia un percorso psicologico per “sistemare la testa, altrimenti non perdo peso”

Lunghissima storia di diete (disordine alimentare) e presente disturbo metabolico

Lungo lavoro di **decostruzione** che ha permesso di riformulare l’obiettivo focalizzandoci sui suoi fattori di protezione e di provare a defocalizzarsi dal peso (**autodeterminazione**).

La storia di diete e l’approccio focalizzato sul peso avevano instaurato modalità di alimentazione non allineate ai bisogni e improntate su ribellione alle regole. Lavoro prima psi poi nutri su legittimazione e ascolto bisogni (**competenze specifiche**).

Ha scoperto tanti **comportamenti di benessere** (cura di sè, movimento, piacere, relazioni sociali) (**costruzione**)

Durante il percorso viene formalizzata la **diagnosi di diabete** che ad oggi ha in parte sostituito i vincoli della dieta e, nonostante il lavoro insieme, mantiene un comportamento alimentare “ribelle” a fasi alterne (**normalizzare**) → zona di sviluppo prossimale e tempo



6

## LAVORARE CON I DISTURBI ALIMENTARI



## LAVORARE CON I DISTURBI ALIMENTARI

### DUBBI

- come riconoscere distinguere un disordine alimentare da un DCA?
- cosa fare in caso di DCA

### PERCHÈ È UNA SFIDA

**La cultura della dieta, la grassofobia e lo stigma medico sul grasso rendono difficile:**

- il discostarsi dall'approccio classico
- il riconoscimento dei casi subclinici nei corpi magri
- il riconoscimento dei sintomi nei corpi grassi



# PERCHÉ DISCOSTARSI DALL'APPROCCIO CLASSICO:

L'approccio classico sul trattamento dei Disturbi Alimentari **è incentrato sull'obiettivo di peso.**

- **La guarigione ha spesso come obiettivo un obiettivo di peso**

Es: anoressia recupero BMI di normopeso molto spesso esplicitato proprio con un numero specifico.

Nell'approccio classico la **relazione terapeutica** è spesso sbilanciata e lascia poco spazio all'autodeterminazione.

- **Il trattamento è prevalentemente medico e di tipo prescrittivo.** Molto spesso l'età di esordio è quella adolescenziale e questo aumenta il tipo di **relazione paternalistica.**



# PROBLEMA DEL RICONOSCIMENTO DEI DCA

## Riconoscimento dei casi subclinici nei corpi magri

**La cultura della dieta e gli approcci del passato/presente incoraggiano e normalizzano comportamenti che creano disordini alimentari** (regole dietetiche, focus su peso/corpo) e aumentano il rischio di insorgenza di DCA.

Per questo quando ci si trova davanti ad un disordine alimentare o un caso di DCA subclinico si rischia di non riconoscerlo.

## Riconoscimento dei sintomi nei corpi grassi

**Tutti i comportamenti che vengono esplicitamente evitati nei casi di DCA vengono incentivati nei corpi grassi** e vengono premiati come “buon comportamento” (focus sul peso come indicatore di salute). Inoltre è spesso presente lo stigma medico sul peso e i pregiudizi sui DCA (solo donne, giovani, bianche..) Per questo è molto difficile riconoscere i sintomi di un DCA in un corpo grasso.



## STIGMA MEDICO SUL PESO

- “Sono molto soddisfatta di me stessa: in questo periodo mangio 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, cerco sempre di mangiare sano ed evitare i cibi “spazzatura”, ho evitato le bibite gassate e vado tutti i giorni a camminare e se piove faccio un’ora di tapis roulant. Ieri anche se era il mio compleanno sono riuscita a non mangiare la fetta di torta. Sono riuscita a perdere peso!”
- “Voglio perdere peso!”

**Cambia qualcosa se lo dice una persona magra o grassa?**





# L'OB\*SITA' NON È UN DISTURBO ALIMENTARE

- **Non è in DSM:** non è inserita nel manuale diagnostico (DSM 5) all'interno della categoria "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione"
- **Perché però viene associata?** spesso - troppo spesso- professionstø, riviste scientifiche, corsi di formazione, specializzati in DCA fanno divulgazione parlando contemporaneamente di "Obesità e Disturbi Alimentari". Questo crea molta confusione e aumenta pregiudizi e stigma medico sul peso.
- **Ma non è l'altro lato della medaglia?:** No. Quando si pensa a un DCA s si pensa quasi automaticamente all'anoressia e viene quindi spontaneo associare l'obesità all'"altro lato della medaglia".

**L'altro lato della medaglia è la grassofobia.**



## GLI STRUMENTI

- saper riconoscere disordini alimentari e disturbi alimentari (**diagnosi differenziale**)
- **competenze specifiche** sui disturbi alimentari + approccio inclusivo
- **esperienza clinica**
  
- invio a professionista esperto



# DISORDINI ALIMENTARI E DISTURBI ALIMENTARI

.....>

## CULTURA DELLA DIETA

- **Pensieri** su peso cibo e corpo
- **Non** occupano gran parte dei pensieri
- Possono **(raramente)** impedire il naturale svolgimento di azioni quotidiane e/o di benessere
- **Credenza** che un po' di controllo sia giusto

## DISORDINI ALIMENTARI

- **Preoccupazione** su peso cibo e corpo
- Occupano **gran parte** dei pensieri
- Possono **spesso** impedire il naturale svolgimento di azioni quotidiane e/o di benessere
- **Controllo/bisogno di controllo**

## DISTURBI ALIMENTARI

- **Eccessiva preoccupazione** su peso cibo e corpo
- Occupano **gran parte** dei pensieri
- **Spesso** impediscono il naturale svolgimento di azioni quotidiane e/o di benessere
- **Sintomi invalidanti e egodistonici**



# DISORDINI ALIMENTARI E DISTURBI ALIMENTARI



## CULTURA DELLA DIETA

- **Educazione alimentare positiva ®**
- **Intuitive Eating**

Costruzione di abitudini alimentari di benessere in linea con i propri bisogni e valori.  
Ascolto dei propri segnali e bisogni.  
Permesso incodizionato di mangiare  
Lavoro sull'immagine corporea

## DISORDINI ALIMENTARI

- **Intuitive Eating**

Costruzione di abitudini alimentari di benessere in linea con i propri bisogni e valori.  
Ascolto dei propri segnali e bisogni.  
Permesso incodizionato di mangiare  
Lavoro sull'immagine corporea  
Riconoscere se evolve in DCA

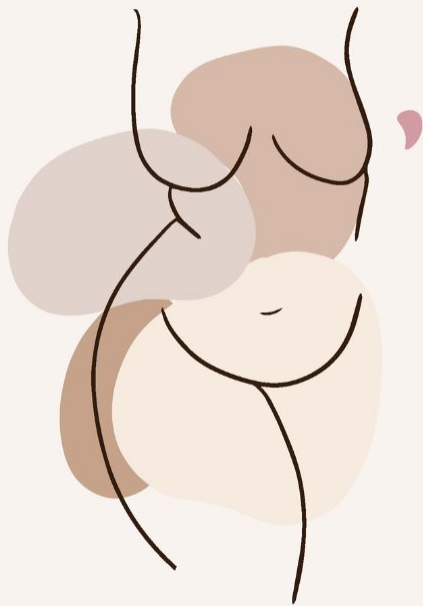
## DISTURBI ALIMENTARI

- **Trattamento Evidence Based**

Lavoro clinico sulla sintomatologia  
Competenze e formazione specifica  
Lavoro di équipe



**MALASALUTE?**®  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



# I WEBINAR DI **MALASALUTE?** PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



**MALASALUTE?**  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE

**CORSO ABC**

+

**SUPERVISIONE DI GRUPPO**

**CORSO IE**

+

**SUPERVISIONE DI GRUPPO**



**ATTESTATO  
CORSO ABC**



**ESAME**



**ATTESTATO  
INTUITIVE  
EATING**

**CERTIFICAZIONE AIPS**



**MALASALUTE?**  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE



**GRAZIE**

# NORMATIVA

Il corsista è consapevole che qualunque materiale didattico distribuito in relazione a tale evento formativo online sia esso in forma cartacea, informatica, audiovisiva o di qualsiasi altro tipo (dispensa, allegato, dvd, ...) distribuito da Alessia Buzzi, Francesca Tamponi e Veronica Bignetti è ad esclusivo uso del corsista iscritto e pagante, e rimane di proprietà intellettuale di Alessia Buzzi, Francesca Tamponi e Veronica Bignetti: pertanto **le informazioni ivi pubblicate non potranno essere riprodotte, copiate o in ogni modo utilizzate anche parzialmente, senza l'autorizzazione scritta** di Alessia Buzzi, Francesca Tamponi e Veronica Bignetti.

Ogni utilizzo di tali materiali, anche solo parziale, a qualsiasi fine non autorizzato costituirà **violazione del diritto d'autore e inadempimento del contratto eseguito in relazione al corso e verrà perseguito ai sensi della normativa vigente.**

Pertanto, **il corsista si impegna e vincola A NON DUPLICARE O DIFFONDERE A TERZI** non aventi diritto qualsiasi contenuto ricevuto in relazione a tali eventi formativi.



**MALASALUTE?**<sup>®</sup>  
PRATICHE SANITARIE INCLUSIVE