



Project Number: 2021-1-RO01-KA220-HED-000032108

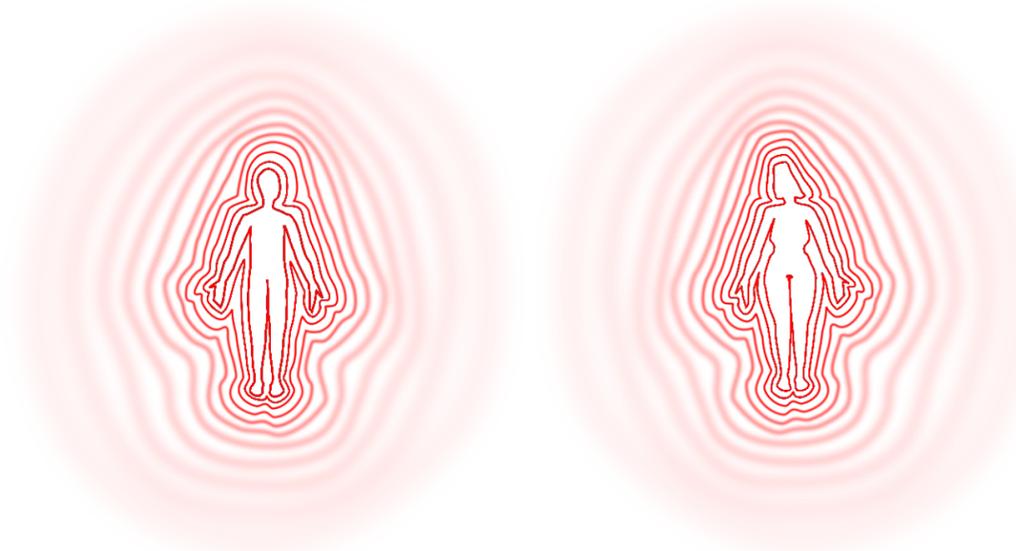


Connected
4Health

Editori : Anișoara Pop, Carlo Rais, Monica Tarcea

Prospettive culturali e storiche sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari

Approfondimenti europei del progetto Connected4Health - Un approccio medico e umanistico per la gestione dell'obesità e dei disturbi alimentari (da) nei giovani
Numero del progetto: 2021-1RO01-KA220-HED-000032108



2022



Co-finanziato dal
Programma Erasmus+
dell'Unione Europea

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile dell'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.



Co-finanziato dal
Programma Erasmus+
dell'Unione Europea

Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile dell'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.



Prospettive culturali e storiche sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari

Approfondimenti europei del progetto Connected4Health - Un approccio medico e umanistico per la gestione dell'obesità e dei disturbi alimentari (da) nei giovani
Numero del progetto: 2021-1RO01-KA220-HED-000032108

2022



Co-finanziato dal
Programma Erasmus+
dell'Unione Europea

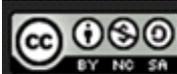
Il sostegno della Commissione europea alla realizzazione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile dell'uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute.

Editori: **Anișoara Pop**
 Carlo Rais
 Monica Tarcea

Revisore:

Prof. Veronica Mocanu, MD, PhD, Gr.T.Popa University of Medicine and Pharmacy, Iași

**Prof. Anca Bacărea, MD, PhD, GE Palade University of Medicine, Pharmacy, Science and
Technology, Târgu Mureș**



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Autori:

Adrian Năznean, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Târgu Mureș, Târgu Mureș, ROMANIA

Aelita Skarbalienė, Klaipeda University, Klaipeda, LITHUANIA

Akvilė Sendriūtė, Klaipeda University, Klaipeda, LITHUANIA

Ana Margarida Machado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, Bragança, PORTUGAL

Anișoara Pop, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology Târgu Mureș, ROMANIA

Anna Carolina Ribeiro, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, PORTUGAL

Carlo Rais, Pixel, Florence, ITALY

César Agostinis - Sobrinho, Klaipeda University, Klaipeda, LITHUANIA

Cristina Gonzalez, Autonomous University of Madrid, Madrid, SPAIN

Danka Sinadinović, University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, SERBIA

Diana Silva, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, PORTUGAL

Egidijus Skarbalius, Klaipeda University, Klaipeda, LITHUANIA

Emanuela Tegla, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Târgu Mureș, Târgu Mureș, ROMANIA

Eugenia Nadolu Velez, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, SPAIN

Eva Garcia Perea, Autonomous University of Madrid, Madrid, SPAIN

Fernando Augusto Pereira, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, PORTUGAL

Giordano Altarozzi, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology Târgu Mureș, ROMANIA

Hana Stritecka, University of Defence, Faculty of Military Health Sciences, Hradec Králové, CZECH REPUBLIC

Isabel Maria Martin Ruiz, freelancer, Clinical Psychologist, Music Therapist and ED expert

Jessica Ferreira, Unidade de Investigação Aplicada em Gestão (UNIAG), Instituto

Politécnico de Bragança, Bragança, PORTUGAL

Jonathan McFarland, Autonomous University of Madrid, Madrid, SPAIN

Juliana Almeida-de-Souza, Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, PORTUGAL

Lorenzo Martellini, Pixel, Florence, Italy

Lukas Merz, Palacký University Olomouc, CZECH REPUBLIC

Manuela Meireles, Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, PORTUGAL

Maria Luisa Cuesta SantaMaria, Autonomous University of Madrid, Madrid, SPAIN

Monica Tarcea, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Targu Mures, ROMANIA

Olívia Galvão de Podestá, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, PORTUGAL; Centro Universitário Multivix, Vitória, Espírito Santo, Brazil; Research Group on Epidemiology, Health and Nutrition, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - ES, BRAZIL

Roxana Maria Martin-Hadmaş, George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Targu Mures, ROMANIA

Sanja Mazić, University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, SERBIA

Stevan Mijomanović, University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, SERBIA

Vera Ferro-Lebres, Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC), Instituto Politécnico de Bragança, PORTUGAL

Indice dei contenuti

Introduzione: Una prospettiva umanistica sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari - Approfondimenti europei del progetto <i>Connected4Health</i>.....	7
1. Pazienti con obesità e disturbi alimentari: stigmatizzati e vulnerabili	7
2. Progetto di nicchia: Un approccio integrato basato su medicina e scienze umane all'obesità e alle ED nei giovani	8
3. Il Manuale sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari.....	9
Area I - PROSPETTIVE STORICHE E CULTURALI SULL'OBESITÀ E SULL'IMMAGINE CORPOREA	11
Una prospettiva storica sull'immagine corporea	13
1. Introduzione	13
2. Civiltà preistoriche.....	14
3. Le antiche civiltà del Medio Oriente e del Nord Africa	15
3.1 Sumeri, Babilonesi e Fenici	16
3.2 L'antico Egitto	18
4. Il periodo classico	19
4.1 Il greco classico	19
4.1 Etruschi e Romani.....	22
5. Medioevo.....	25
6. Umanesimo e Rinascimento.....	29
7. Il manierismo e il barocco.....	33
8. Età contemporanea	36
9. Conclusione	43
AREA II - PROSPETTIVE UMANE SULL'OBESITÀ E SUI DISORDINI ALIMENTARI (ED)	49
1. Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (DE) nella Repubblica Ceca.....	51
1.1 Dati attuali	51
1.2 Il culto della bellezza.....	53
1.3 L'impatto della tecnologia digitale	54
1.4 Dibattito su body positivity e fat shaming nella Repubblica Ceca	58
1.5 Conclusione	61
2. Giano bifronte: rapporto locale spagnolo	64
2.1 Introduzione	64
2.2 Emozioni e disturbi alimentari.....	67

2.3	Distorsione dell'immagine corporea.....	67
2.4	Uso di terapie artistiche - arti plastiche, musica, danza e movimento.....	69
2.5	Esperienza personale	71
3.	Tendenze e prospettive sull'immagine corporea in Lituania.....	78
3.1	Introduzione.....	78
3.2	Immagine del corpo grasso in Lituania	79
3.3	La cultura della snellezza o spinta alla perfezione.....	83
3.4	Conclusioni.....	86
4.	Prospettiva storica e culturale sull'obesità e l'immagine corporea in Portogallo	89
4.1	Introduzione.....	89
4.2	La cultura della magrezza: un caso di studio sulle copertine delle riviste.....	92
4.3	Impatto della comunicazione dei mass media sullo stigma sociale delle persone affette da obesità o disturbi alimentari	94
5.	Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (DE) in Romania	102
	Immagine corporea e vergogna	102
5.1	Introduzione.....	102
5.2	Vergogna e controllo.....	104
5.3	La vergogna del corpo in Romania.....	105
	La cultura della snellezza o spinta alla perfezione.....	106
5.4	Il corpo umano: mitologia, arti e percezioni culturali.....	107
5.5	L'industria.....	108
5.6	Estremi nelle giovani donne rumene	109
5.7	I media in Romania: un bel quadro.....	109
5.8	Conclusione.....	110
6.	Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (DE) in Serbia	114
6.1	Introduzione.....	114
6.2	Ricerca su obesità e DE nei giovani - prospettiva serba	115
6.3	Metodologia.....	118
6.4	Risultati	119
6.5	Conclusione.....	127
7.	Vignette culturali e linguistiche sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari in sei Paesi europei - Rapporto transnazionale C4H.....	131
Area III - CAPITOLO MANGIARE SANO PER I GIOVANI CON OBESITÀ E DISORDINI ALIMENTARI ... 137		
1.	Alimentazione sana per i giovani con obesità e DE - Rapporto locale Repubblica Ceca .	139

1.1	Prevalenza di eccesso di peso.....	139
1.2	Prevalenza di ED	144
1.3	Linee guida e standard	144
1.4	Iniziative nazionali e locali	146
1.5	Conclusione	151
2.	Capitolo sull'alimentazione sana per i giovani con obesità e ED. Rapporto locale - Spagna 154	
2.1	Introduzione	154
2.2	Prevalenza	155
2.3	Guide e standard	159
2.4	Iniziative nazionali e locali	162
3.	Rapporto locale lituano - Iniziative nazionali per una sana alimentazione.....	168
3.1	Introduzione	168
3.2	Organizzazione dell'alimentazione per bambini e adolescenti in Lituania	169
3.3	Iniziative del Ministero della Salute per migliorare i comportamenti alimentari sani e l'attività fisica di bambini e adolescenti	170
3.4	Raccomandazioni del Consiglio Nazionale della Sanità per un sistema di alimentazione più favorevole alla salute dei bambini in Lituania	170
3.5	Raccomandazioni degli specialisti di sanità pubblica lituani	172
3.6	Iniziative non governative	172
3.7	Conclusioni	175
4.	Obesità e disturbi alimentari - Rapporto locale dal Portogallo	179
4.1	Introduzione	179
4.2	Prevalenza di obesità e disturbi alimentari in Portogallo.....	179
4.3	Linee guida e standard	184
4.4	Iniziative nazionali e locali per la promozione della salute	186
5.	Rapporto locale - Romania	196
5.1	Prevalenza	196
5.2	Guide e standard	200
5.3	Iniziative nazionali e locali	202
6.	Obesità e disturbi alimentari (ED) - Rapporto locale in Serbia.....	206
6.1	Introduzione	206
6.2	Alimentazione sana per i giovani con obesità e DE - prospettiva serba.....	207
6.3	Linee guida e standard	211
6.4	Promozione del benessere - iniziative nazionali e locali	215

6.5	Conclusione.....	217
7.	Dati epidemiologici e programmi nutrizionali per i giovani europei affetti da obesità e disturbi alimentari - Rapporto transnazionale.....	221
7.1	Introduzione.....	221
7.2	Prevalenza dei dati.....	221
7.3	Guide e standard.....	223
7.4	Conclusione.....	226



"Health" by Saule Skarbaliute (12 y). Teenager stresses healthy eating habits and physical activity.

Introduzione: Una prospettiva umanistica sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari - Approfondimenti europei del progetto *Connected4Health*

Anișoara Pop

GE Palade Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia
Târgu Mureș, Romania
e-mail: anisoara.pop@umfst.ro

Abstract. *Questo capitolo introduttivo definisce lo sfondo, il contesto e la nicchia del progetto Connected4Health, i suoi obiettivi generali e specifici, di cui la presente pubblicazione rappresenta il primo risultato. Definisce come la ricerca risponda ai bisogni identificati attraverso una prospettiva storica diacronica sul tema dell'immagine corporea, della grassezza e dell'idealizzazione di oggi, nonché relazioni nazionali sincroniche e casi di studio che definiscono l'obesità e i disturbi alimentari (Eds) dal punto di vista congiunto della medicina e delle scienze umane nei Paesi europei che partecipano al progetto.*

1. Pazienti con obesità e disturbi alimentari - stigmatizzati e vulnerabili

Le persone di corporatura abbondante, generalmente definite sovrappeso, grasse o obese (termine medico), sono spesso stigmatizzate, subiscono il ridicolo, i pregiudizi occupazionali e le disuguaglianze di assunzione, nonché i pregiudizi di vergogna e di esclusione nelle relazioni sociali o possono avere aspettative di occupazione scolastica inferiori. Mentre gli stereotipi delle persone grasse come pigre o accomodanti sono frequenti nei mass media, le persone affette da obesità possono anche essere biasimate e giudicate in modo errato dagli stessi operatori sanitari, il tutto derivante dalla convinzione che il peso sia una questione di scelte personali e sia interamente controllabile dall'individuo. Data la discriminazione a cui sono sottoposte le persone grasse, non sorprende che esse abbiano più probabilità di altre di soffrire di depressione, ansia e bassa autostima, che a loro volta possono portare a una maggiore probabilità di mangiare per comodità [1].

L'insoddisfazione corporea si riferisce ai sentimenti e ai pensieri negativi sul proprio corpo e alla discrepanza percepita tra la taglia attuale e quella ideale [2]. Come i giovani affetti da obesità, anche i pazienti affetti da disturbi alimentari (anoressici, bulimici, binge eaters) hanno una bassa autostima, sono insoddisfatti della propria immagine corporea e del proprio peso e tendono a isolarsi, non cercando aiuto da parte di specialisti, in un continuo e dannoso circolo vizioso bias-blaming-shaming. Secondo la letteratura, le ED sono associate ad alcuni dei più alti livelli di disabilità medica e sociale tra i disturbi psichiatrici [3].

Cause e fattori scatenanti

Le sfide dell'obesità e delle ED sono complesse, con cause e fattori multipli al di fuori del controllo personale, tra cui influenze genetiche, biologiche, sociali e ambientali. A queste si sono sovrapposti i periodi di isolamento associati al blocco di Covid-19, che hanno ulteriormente aggravato la situazione attraverso le restrizioni della comunicazione sociale e soprattutto attraverso la costante attenzione allo stigma del corpo grasso e all'aumento di peso, come testimoniato dai meme e dalle barzellette pandemiche, che fungono da messaggio sbagliato per le persone in sovrappeso e affette da ED. In questo contesto, va ricordato che il peso di un

giovane è un argomento delicato da affrontare, poiché l'anoressia e le altre ED passano inosservate, trascurate e non trattate per lunghi periodi di tempo, nonostante siano associate a gravi conseguenze per la salute e ad alti tassi di morbilità. Queste evidenze mostrano l'urgente necessità di un cambiamento e di un intervento per un approccio congiunto di tipo medico, comunicativo ed educativo nei confronti dei giovani con obesità e ED.

2. Progetto di nicchia: Un approccio integrato basato su medicina e scienze umane all'obesità e alle ED nei giovani

L'alimentazione è solo una componente del trattamento di obesità, DE e disordini alimentari, la cui efficacia è temporanea se non si affrontano queste condizioni da una molteplicità di prospettive, tra cui la comunicazione empatica, il counselling, la terapia motivazionale e l'attività fisica/il fitness personalizzati, oltre ai farmaci.

Sebbene le reti di cura siano state spesso incoraggiate, in molti Paesi europei si sa o si è fatto poco in termini di approccio integrato all'obesità e agli ED. L'acquisizione di conoscenze basate sull'evidenza e di abilità complementari per approcciare e trattare questi pazienti in modo olistico può avvenire attraverso la formazione medica continua, come quella promossa dal progetto *Connected4Health (C4H) - Un approccio integrato medico e umanistico all'obesità e alle ED nei giovani* [4].

Partner del progetto

Connected4Health è coordinato dal *GEP UMPHST Târgu Mureş* e coinvolge altre sei università e istituzioni europee: Palacký University, Olomuc (Repubblica Ceca), Klaipeda University (Lituania), Università di Belgrado (Serbia), Pixel (Italia), Instituto Politécnico de Bragança (Portogallo) e Università Autonoma di Madrid (Spagna).

Obiettivi del progetto - Un approccio salutogenico

Gli obiettivi generali del progetto Connected4Health sono:

- promuovere la diversità, le abitudini alimentari sane, la comprensione e il benessere dei giovani di diverse dimensioni;
- sensibilizzare i gruppi target (docenti, medici di base e altri medici, specializzandi, studenti, ma anche genitori, personale sanitario, organizzazioni giovanili, compagnie assicurative, società in generale, ecc.) sullo stigma e sui danni associati all'obesità e ai disturbi alimentari.
- cambiare il modo in cui le persone in generale pensano e percepiscono lo stigma del peso nell'obesità e nelle ED e le sue conseguenze socio-psicologiche (discriminazione), sviluppando un approccio alla salute pubblica non stigmatizzante e salutogenico piuttosto che esclusivamente patogenetico.

Obiettivi specifici e risultati previsti del progetto

In particolare, i partner del progetto collaborano alla produzione di materiali didattici e di autoapprendimento basati su un approccio interdisciplinare e di squadra al trattamento dell'obesità e dei disturbi alimentari, che consentiranno di:

- Promuovere la ricerca, il cambiamento e l'intervento nell'affrontare e gestire l'obesità e le ED che cartografano la situazione nei Paesi partecipanti, mostrando e decostruendo i pregiudizi nei discorsi pubblici, aggravati dalla pandemia di Covid e sottolineando le iniziative e i programmi locali di best practice.

- A tal fine, *A Handbook on Body Image, Obesity, and Eating Disorders*, ovvero il libro attuale pubblicato nelle lingue di partenariato e in inglese, offre una prospettiva storica e culturale sull'obesità e sull'immagine corporea.
 - Il Manuale include relazioni locali e cerca di rispondere ad alcune domande chiave: Perché il corpo grasso è diventato così vituperato e considerato malato, oggetto di discussioni e dibattiti così intensi sui modi per ridurre le sue dimensioni a dimensioni socialmente e medicalmente accettabili? In che modo la cultura della magrezza, i selfie-holic e l'idealismo digitale dei social media contribuiscono ai disturbi alimentari e all'alimentazione disordinata? Come si differenziano questi fenomeni tra luoghi geografici, gruppi sociali e culture?
- Fornire ai docenti/formatori dell'istruzione superiore in nutrizione/dietologia, diabetologia, endocrinologia, pediatria, comunicazione, psicoterapia, educazione fisica e fitness/gestione del peso, ad altri docenti di medicina generale che insegnano nutrizione (pediatria, chirurgia, medicina interna, neurologia, ecc.) competenze, conoscenze, metodi e strumenti per esplorare e affrontare l'insegnamento/formazione dell'obesità e delle ED attraverso un approccio transdisciplinare. Il progetto supporta altri specialisti in diversi campi della medicina ad acquisire nuove conoscenze e competenze transdisciplinari per affrontare in modo efficace questi pazienti emarginati, distorti e ad alto rischio.
 - A tal fine, gli specialisti del progetto forniranno agli utenti destinatari curricula interdisciplinari sotto forma di un programma interattivo online di 7 settimane - *Approccio multidisciplinare ai giovani con obesità e disturbi alimentari* - uno strumento didattico completo per l'insegnamento integrato dell'obesità e dei disturbi alimentari (che comprende risorse multimediali, valutazione, quiz di valutazione sommativa e ulteriore bibliografia).
- Migliorare le conoscenze e le abilità pratiche dei futuri specialisti (specializzandi, studenti di master e studenti degli anni clinici impegnati in tirocini e stage), consolidare le loro conoscenze e abilità nell'approccio ai pazienti con obesità e disturbi alimentari, disordine alimentare, soprattutto a causa della riluttanza di questi ultimi a cercare aiuto e a comunicare apertamente, e della difficoltà dei primi a essere approcciati solo da una prospettiva medica e di esercizio fisico limitata.
 - A tal fine, i partner del progetto creeranno un pacchetto di autoformazione online - *Gestione efficace dei giovani pazienti con obesità e disturbi alimentari* - che porterà ulteriori approfondimenti e consoliderà le conoscenze e le competenze attraverso interviste con specialisti nei Paesi partner e dialoghi simulati di buone pratiche con i pazienti.

3. Il manuale sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari

I giovani, in particolare gli adolescenti, si concentrano sempre di più sul loro aspetto e sulla loro attrazione fisica; l'insoddisfazione corporea è comune e predice una cattiva salute fisica e psicologica. Sebbene molti giovani considerati in sovrappeso o obesi si sforzino di combattere i loro chili di troppo, possono subire discriminazioni, pregiudizi e umiliazioni, mentre i giovani affetti da anoressia e da altre forme di ED sono spesso emarginati, bullizzati come deboli, e la loro condizione passa inosservata, non diagnosticata e quindi non trattata, sebbene queste condizioni siano associate a un'elevata comorbidità e a gravi conseguenze per la salute.

Una prospettiva diacronica e sincronica

Il presente libro colma una lacuna di conoscenze nell'approccio all'obesità e alle ED nei giovani. Propone un'inedita prospettiva sincronica (europea) e diacronica (storica) che è interdisciplinare: l'approccio medico (resoconti di medici locali) è arricchito dal contributo delle scienze umane (resoconti basati su rassegne e casi di studio).

Qual è la situazione esatta nei paesi europei per quanto riguarda i giovani con obesità e DE?

Le domande di ricerca di questo studio sono:

1. Come viene definita e rappresentata la magrezza/grassezza e come è cambiata nel tempo? (prospettiva storica)
2. Quali sono le rappresentazioni e i messaggi dei media e dei social media in termini di grassezza, magrezza, diete, alimentazione sana/non sana? Quali sono i fattori di rischio per l'obesità (pubblicità alimentare) e l'anoressia (pressione percepita per essere magri, interiorizzazione dell'ideale di magrezza, insoddisfazione corporea e affetti negativi) nella pubblicità dei media locali e nei social media, nei videoclip musicali dei Paesi partecipanti. (dimensione socio-umana)
3. Quali sono le attuali linee guida e iniziative internazionali/locali per sensibilizzare e prevenire l'obesità e le ED a livello europeo? (prospettiva medica)

In conclusione, *il Manuale sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari* si propone di comprendere a fondo l'obesità, i disturbi dell'alimentazione, il loro stigma e i loro danni dal basso (prospettiva storica, sociale e personale), decostruendo le attuali narrazioni nei discorsi pubblici della pubblicità e dei messaggi dei social media (grassezza contro magrezza) e mirando a creare una nuova narrazione che contribuisca a ridurre lo stigma e i pregiudizi sulla forma del corpo.

Riferimenti

[1] <https://theconversation.com/what-does-fat-discrimination-look-like-10247>

[2] <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/9780195173642.001.0001/med-9780195173642-chapter-17> BLOG <https://www.edreferral.com/blog?page=4&>

[3] <https://www.edreferral.com/blog/the-facts-about-eating-disorders>

[4] Progetto Connected4Health: <https://connected4health.pixel-online.org/index.php>

**Area I - PROSPETTIVE STORICHE E CULTURALI SULL'OBESITÀ E
SULL'IMMAGINE CORPOREA**

Una prospettiva storica sull'immagine corporea

Giordano Altarozzi

Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia *George Emil Palade*

Târgu Mureș, Romania

giordano.altarozzi@umfst.ro

Abstract. *Ogni cultura ha sviluppato un'immagine specifica del corpo umano, attribuendogli una serie di significati e stabilendo modelli di riferimento accettati e spesso contraddittori. Il concetto di "corpo umano" è cambiato nel tempo, a seconda dei cambiamenti culturali, sociali, economici e politici, così come il modo in cui è stato percepito e presentato. Questo studio si propone di fornire un'introduzione al modo in cui l'uomo si è rapportato all'immagine di sé e a come il corpo umano sia diventato un paradigma di riferimento per esprimere una visione del mondo specifica dell'età.*

1. Introduzione

Nel corso della storia, l'uomo si è sempre preoccupato dell'immagine di sé. Il corpo umano è diventato così un oggetto di studio e di approfondimento, ma anche uno strumento attraverso il quale artisti, scrittori e filosofi avrebbero costruito un'immagine collettiva. Ogni epoca, ogni civiltà, indipendentemente dal tempo e dal luogo, ha sentito a sua volta la necessità di sviluppare una specifica rappresentazione della figura umana, in grado di soddisfare le proprie esigenze estetiche, simboliche e culturali. La rappresentazione del corpo, così come è stata concepita da ogni epoca e da ogni civiltà e cultura, può essere considerata un riflesso diretto della percezione di sé, oltre che uno specchio di ciò che il nostro corpo significa per gli altri. L'indagine sull'evoluzione dell'immagine corporea presuppone una mappatura dei diversi modi in cui l'immagine di sé e degli altri è stata costruita nel corso della storia.

La pluralità di interpretazioni e rappresentazioni del corpo in diversi momenti storici e in diversi spazi culturali rende difficile qualsiasi tentativo di definizione unitaria. Oltre all'aspetto cronologico e culturale, la difficoltà di definire il corpo rappresentato deriva da un altro aspetto. Per quanto riguarda la sua interpretazione, il modo in cui viene rappresentato, decifrato e trasmesso, il corpo umano è sempre stato percepito come un insieme, composto da elementi sia fisici che spirituali. Corpo e anima, materiale e spirituale, immanente e trascendente, bene e male sono le dicotomie che convergono nel modo in cui l'immagine del corpo viene espressa. L'uomo si è sempre considerato un organismo complesso, anzi il meccanismo più complesso che sia mai esistito, e questa straordinaria complessità deriva proprio dalla sua doppia natura, spirituale e materiale, rispettivamente. Questa struttura complessa, già archetipica, è veicolata nel modo più chiaro dal mito faustiano: Faust rinuncia alla sua anima - quindi alla sua parte spirituale - in cambio dell'assecondamento di tutti i suoi desideri corporei e mondani. Il suo patto con il Diavolo, tuttavia, può avere luogo proprio perché entrambe le parti - il corpo e l'anima - appartengono a Faust, cioè sono parti del sé di cui egli può disporre.

La definizione e l'elaborazione di successive interpretazioni del corpo umano in termini di "entità umana" appartiene principalmente alla filosofia, soprattutto a causa della contraddittoria dualità del concetto di corpo umano. Attraverso questa continua elaborazione e rielaborazione, l'immagine del corpo ha subito una "mutazione", passando piuttosto rapidamente dallo status di manifestazione della vita naturale a quello di tema culturale e simbolico. Questa evoluzione è

ben visibile nel caso della cultura e della filosofia occidentale, ma deve essere perfezionata per le principali civiltà orientali, dove corpo e anima si fondono in un'entità unitaria e il dualismo filosofico si manifesta in forme meno radicali rispetto al pensiero occidentale e soprattutto ellenico. L'immagine del corpo più integrata e unitaria delle civiltà orientali dipende da una particolare sensibilità che esse manifestano nei confronti delle tematiche religiose. La produzione filosofica, artistica e letteraria asiatica - e in generale quella del mondo extraeuropeo, compresa anche la civiltà europea, l'America nell'epoca delle scoperte post-geografiche - è fortemente legata ad aspetti e tematiche religiose, l'immagine corporea funzionando come elemento di scelta per la rappresentazione della divinità, come dimostra, ad esempio, il mito cosmogonico cinese di P'an-ku descritto da Mircea Eliade, nato: "nel tempo in cui il cielo e la terra erano un caos simile a un uovo". Quando P'an-ku muore, la sua testa si trasforma in: "una vetta sacra, i suoi occhi divennero il sole e la luna, il suo grasso i fiumi e i mari, i capelli della sua testa e del suo corpo divennero alberi e altre piante" [1]. Come riconosce lo stesso Eliade, questo mito non è affatto isolato: il suo tema fondamentale è presente in numerosi miti cosmogonici di civiltà extraeuropee [2]. Analizzando questo archetipo religioso, è evidente che per le civiltà extraeuropee l'importanza della figura umana ha radici profonde, che arrivano fino alla creazione dell'universo stesso, anche se a volte si può individuare una finalità estetica più chiaramente definita.

A partire dai primi usi a scopo simbolico, alla canonizzazione del mondo classico, alle rappresentazioni distorte del Medioevo, al vero e proprio culto del corpo espresso dalla civiltà rinascimentale, alla continua tensione corporea tra estasi e martirio propria del barocco controriformista, fino agli sconvolgimenti culturali novecenteschi, la storia del corpo immaginato è una serie di interpretazioni successive e spesso contraddittorie. L'immagine corporea è quindi funzionale a descrivere simbolicamente la visione del mondo (o "weltanschauung", per usare un termine filosofico tedesco) specifica della società che la esprime e, di conseguenza, la afferma.

Nell'approccio attuale, costruttivista per vocazione, si ricorrerà soprattutto alle fonti artistiche e letterarie, senza trascurare del tutto i concetti e le chiavi di lettura provenienti da altri campi di ricerca. L'obiettivo finale è quello di fornire una chiave di lettura su come l'uomo ha percepito se stesso, manifestando attraverso l'immagine di sé i valori e la visione del mondo specifici per ogni epoca e spazio culturale.

2. Civiltà preistoriche

Il processo di ricostruzione dell'immagine corporea delle civiltà primitive è intricato non necessariamente perché mancano le fonti scritte. Nonostante gli enormi progressi compiuti dall'archeologia, soprattutto negli ultimi tempi, le nostre conoscenze sui nostri antenati sono ancora frammentarie e imperfette, e ogni interpretazione rischia di essere drammaticamente stravolta da nuove scoperte quasi quotidiane in tutto il mondo.

Tuttavia, gli scavi archeologici hanno fornito una grande quantità di fonti che testimoniano il fatto che, fin dalle sue origini, l'uomo ha sentito il bisogno e ha cercato di rappresentare il corpo umano, anche se con forme e ipostasi diverse. Ai suoi albori, l'arte non funziona solo come linguaggio utile per esprimere le esperienze, ma soprattutto come forma di interazione con le forze naturali e con il mondo trascendente. Questa funzione di mezzo di comunicazione tra diversi piani di esistenza emerge fin dalle prime forme di rappresentazione del corpo umano, come testimoniano le pitture rupestri del Paleolitico, e soprattutto la trasformazione simbolica del corpo femminile visibile in una serie di manufatti di epoche e aree geografiche diverse, tutti accomunati dagli stessi temi fondamentali.

Generalmente chiamate "Veneri", queste statuette - la più nota delle quali è la cosiddetta "Venere di Willendorf", risalente agli anni 30.000-22.000 a.C. (fig. 1) - sono le prime forme di rappresentazione scultorea del corpo umano. Questi primi manufatti riproducono un corpo femminile definito da forme generose di seni, fianchi e ventre. Nonostante le piccole dimensioni,

le statuette mostrano già tutta la complessità delle opere d'arte, dotate di un significato simbolico e concettuale. Per analizzare solo la cosiddetta "Venere di Willendorf", si tratta di una statuetta di piccole dimensioni - solo 11 cm - che riproduce una donna obesa, ma i modi sono profondamente realistici, combinando la forma naturalistica del soggetto con schemi stilistici propri dell'arte paleolitica [3]. Le forme generose, addirittura obese, dell'immagine sono state interpretate come un simbolo di fertilità, probabilmente legato al culto della Dea Madre. Questo desiderio di utilizzare il corpo femminile a fini simbolici è molto probabilmente legato ai bisogni primari sentiti dalle prime comunità umane: la riproduzione e quindi la perpetuazione della specie [4], l'accesso al cibo e la capacità di sopravvivere alle carestie [5], che probabilmente conducono più o meno consapevolmente all'idealizzazione delle forme generose del corpo femminile, mentre i corpi maschili sono resi da forme più sottili, necessarie per l'accesso alle risorse alimentari in un sistema sociale organizzato in gruppi di cacciatori-raccoglitori, come mostrano le scene di caccia delle pitture rupestri, come quelle della Grotta del Cavallo a Valltorta (Spagna; fig. 2). 2).



Fig. 1 - Venere di Willendorf (Naturhistorisches Museum, Vienna)

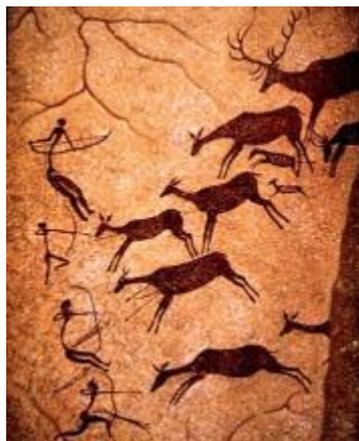


Fig. 2 - Pitture rupestri con episodi di caccia (Grotta dei Cavalli a Valltorta, Spagna)

3. Antiche civiltà del Medio Oriente e del Nord Africa

Passando dalla preistoria alla storia, è indispensabile iniziare la nostra analisi con la Mezzaluna fertile, un territorio considerato a buon diritto la culla delle prime grandi civiltà umane.

3.1 Sumeri, Babilonesi e Fenici

Tradizionalmente, la Mezzaluna Fertile è considerata la culla della civiltà umana. Il denominatore comune che si impone nelle diverse culture specifiche è l'uso dell'immagine umana con un duplice scopo religioso ed encomiastico. Di conseguenza, la rappresentazione umana segue un canone stereotipato e privo di un elevato grado di complessità. Ne è un esempio la Bandiera di Ur (fig. 3), una scatola di legno appartenente alle prime dinastie sumere, che raffigura una serie di figure, rese in tre registri, con lo scopo di celebrare i successi militari di Ur. È interessante notare che la rappresentazione umana non tiene conto delle proporzioni e dei dettagli naturalistici: i corpi sono resi in modo sproporzionato rispetto alla testa, che è molto più grande. Vale anche la pena di notare che, a differenza dei vincitori, i nemici sconfitti sono raffigurati fuori dal canone e sono svestiti, a dimostrazione del fatto che il nudo è un simbolo negativo.

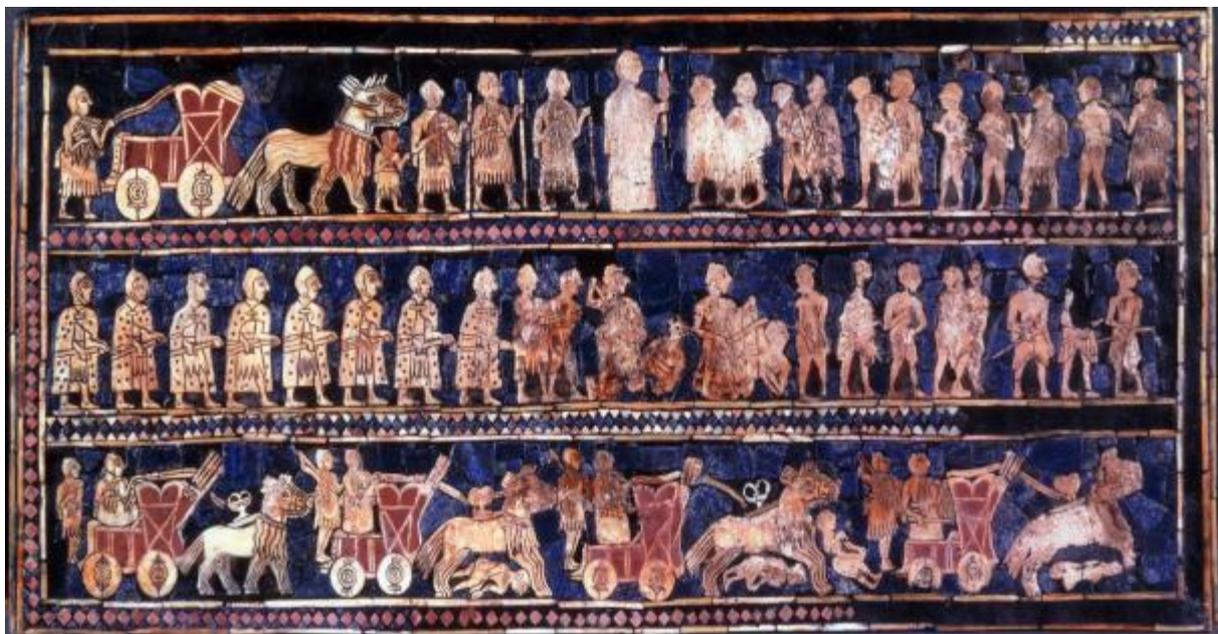


Fig. 3 - La bandiera di Ur (British Museum, Londra)

Nonostante le differenze stilistiche, l'instaurazione dell'impero accadico da parte di Sargon il Grande non comporta cambiamenti fondamentali nella rappresentazione dell'immagine corporea e delle sue finalità. Al contrario, in questo periodo si assiste a un amalgama dei due scopi attribuiti all'immagine umana dalla civiltà sumera: quello religioso e quello encomiastico.

La fusione di questi due aspetti è molto evidente nella cosiddetta Stella di Naram-Sin (fig. 4), che descrive l'ascesa dell'impero accadico sotto il dominio di Naram-Sin. In questo bassorilievo scolpito in calcare si nota una maggiore attenzione alla conservazione delle proporzioni e ad alcuni dettagli naturalistici, anche se rimane visibile la stereotipizzazione dell'immagine corporea. Lo scopo encomiastico è chiaro: l'immagine del re è quasi doppia rispetto alle altre, che rappresentano i corpi dei soldati nemici sconfitti. Allo stesso tempo, il re è notevolmente rivolto verso il cielo, dove splende un sole stilizzato, simbolo di divinità. Questi elementi ci permettono di individuare una prima associazione del sovrano con la divinità, che si esprimerà in modo più pregnante nella civiltà dell'antico Egitto, dove il faraone è considerato divino e, quindi, viene venerato. Anche in questo caso, il nudo è utilizzato con una connotazione

negativa - secondo il canone tipico dell'arte sumera precedente - ed è assegnato ai nemici, mentre il re trionfante e le sue truppe sono resi completamente vestiti e armati.



Fig. 4 - *Stella del Naram-Sin* (Museo del Louvre, Parigi)

L'arte babilonese non apporta cambiamenti sostanziali nella riproduzione dell'immagine corporea. Lo scopo encomiastico-religioso rimane dominante, come dimostrano i busti e le stelle di diversi sovrani. Ne sono un esempio la Stella di Hammurabi - il più famoso dei re babilonesi - ma anche la Tavola di Shamash (o Tavola del Dio Sole). In effetti, nell'arte babilonese si presta maggiore attenzione alla riproduzione dei dettagli anatomici, anche se il canone compositivo rimane fondamentalmente invariato, ovvero: rendere il corpo e l'occhio frontalmente, mentre la testa e le gambe appaiono di profilo.

Tra le civiltà mesopotamiche, quella assira è l'unica ad aver impiegato sistematicamente immagini del corpo umano. Gli Assiri crearono un potente impero incentrato sull'esercito. Il ruolo encomiastico della produzione artistica è quindi molto più forte rispetto a quello delle civiltà precedenti, essendo l'arte destinata a promuovere l'immagine pubblica dell'impero e dei suoi sovrani. Le figure umane mostrano un equilibrio molto più accentuato tra rappresentazione naturalistica e stilizzazione. Le parti esposte del corpo sono rese con cura nei dettagli anatomici, anche se il nudo continua ad avere connotazioni negative. Il bassorilievo raffigurante il re Sargon II e un dignitario (fig. 5) è esemplare della maggiore attenzione assegnata all'elemento anatomico, compreso il tentativo di riprodurre con maggiore precisione il profilo della figura.



Fig. 5 - Bassorilievo con Sargon II e un dignitario (British Museum, Londra)

3.2 Antico Egitto

L'antico Egitto, solitamente considerato il precursore della civiltà occidentale, dovrebbe essere più precisamente considerato l'anello di congiunzione tra il mondo asiatico e quello europeo. Questo ruolo di piattaforma girevole tra Oriente e Occidente è dimostrato dalla sua storia millenaria, in cui l'Egitto ha avuto rapporti - non sempre pacifici - con i popoli della Mesopotamia, della Palestina e della Persia, oltre che con la cultura greco-romana che sarebbe prevalsa più tardi nel bacino del Mediterraneo.

L'antica civiltà egizia ha sempre prestato particolare attenzione al corpo umano e, implicitamente, al suo uso simbolico. L'importanza assegnata al corpo umano deriva dalla maggiore considerazione che gli antichi Egizi mostravano per la cura del corpo sia durante la vita che dopo la sua morte fisica. Abili nell'arte medica, che si basava sull'analisi pragmatica dei meccanismi di funzionamento fisico, gli Egizi erano estremamente cauti in termini di cura del corpo anche dopo la morte, come dimostra la pratica dell'imbalsamazione, nonostante fosse applicata solo in modo selettivo, per alcuni strati sociali. Va da sé, quindi, che gli antichi Egizi furono tra le poche civiltà che svilupparono un metodo codificato di rappresentazione del corpo, applicato sia nella scultura che nella pittura. Il metodo consiste nel disegnare l'immagine umana all'interno di una "griglia" che fungeva da riferimento per la collocazione delle diverse parti anatomiche (fig. 6 - Il canone egizio e il sistema di rappresentazione, vedi: <https://www.studiarapido.it/wp-content/uploads/2017/11/canone-egizio1.jpg>).

Anche se il sistema indica una particolare attenzione alla rappresentazione del corpo (in realtà necessaria sia per gli uomini che per gli animali, per preservare i rapporti corretti), il suo utilizzo porta a una marcata rigidità della rappresentazione umana. La fedeltà naturalistica viene sacrificata a favore delle proporzioni. Pertanto, l'immagine del corpo è rappresentata in modo stereotipato, la testa e gli arti in vista di profilo e il corpo in vista frontale. Allo stesso modo, gli abiti - sempre presenti nella rappresentazione egizia - svolgono un ruolo essenziale nella composizione pittorica, essendo utilizzati come collegamento tra i suoi diversi piani.

La particolare attenzione prestata alla resa della figura umana secondo un canone matematico illustra in realtà la prospettiva fondamentale dell'antica civiltà egizia. L'armonia che governa l'universo è illustrata nel modo più fedele dall'armonia numerica. Partendo da questo

principio, l'uomo doveva essere rappresentato secondo specifici standard proporzionali, dettati appunto dal canone pittorico.

Nonostante la volontà di razionalizzare l'immagine umana, sublimata da un rigido canone tendente allo stereotipo, va riconosciuta una particolare attenzione per la caratterizzazione del corpo, evidente, ad esempio, nella statua lignea di Kaaper (fig. 7), in cui i dettagli fisionomici sono estremamente curati, così come altri particolari come le dimensioni maggiori, che testimoniano uno status sociale privilegiato, ma anche uno stile di vita sedentario legato al lavoro.



Fig. 7 - Statua di Kaaper (Museo Egizio del Cairo)

In conclusione, l'antica civiltà egizia ha sviluppato una ricca riflessione intellettuale e artistica del corpo umano, una riflessione che mostra un'ampia gamma di valori estetici e simbolici, destinati a rappresentare un punto di riferimento per le civiltà vicine, sia del Medio Oriente che del bacino del Mediterraneo.

4. Il periodo classico

Anche se le grandi civiltà antiche dell'area extraeuropea mostrano un certo interesse per l'immagine corporea, dettato da diverse finalità, l'uomo diventa il principale oggetto di analisi intellettuale con le grandi civiltà europee. Dall'antica Grecia alla civiltà latina, attraverso le esperienze appena trascurabili dell'ellenismo o delle culture italiche, l'uomo e in quanto tale la sua immagine corporea diventa il tema centrale in tutti i campi del sapere, ponendo le basi di uno sguardo duraturo sull'uomo, fino alle riformulazioni del mondo moderno e soprattutto delle "fratture della modernità" [6] che lo caratterizzano.

4.1 Il greco classico

L'immagine del corpo nell'antica civiltà ellenica, con le sue caratteristiche di bellezza e armonia, è strettamente legata alla centralità dell'uomo. Così, l'antropomorfismo caratteristico dell'arte ellenica deriva dalla visione razionale profondamente insita in questa civiltà. La realtà trascendentale e immanente - sia naturale che umana - sono ridotte a un sistema organico, a un ordine superiore in cui tutti gli elementi si integrano perfettamente. Attraverso la rappresentazione della figura umana, la cultura ellenica cerca di riflettere simbolicamente e allegoricamente il macrocosmo dell'universo all'interno del microcosmo umano.

Le divinità olimpiche, gli eroi mitologici - umani e allo stesso tempo semidei - rappresentano forze positive di ragione e bellezza, in grado di prevalere sulle forze irrazionali rappresentate dalle diverse figure mostruose con cui si confrontano. Il rapporto dialettico tra il bello e il razionale da un lato e la degenerazione fisica e irrazionale dall'altro sottolinea il valore di modello assoluto che l'antica civiltà greca attribuisce al corpo umano.

Più che nel caso delle civiltà extraeuropee analizzate in precedenza, la Grecia classica presenta una chiara sovrapposizione tra estetica ed etica, definita dal concetto specifico di "kalokagathia" [7]. Il termine comprende due aggettivi, *kalos*, che descrive la perfezione esteriore (cioè "bello"), e *agathos*, che definisce la perfezione interiore (che potrebbe essere tradotta come "buono", cioè morale). In effetti, sia l'arte che la letteratura greca - a partire dalle loro prime forme di manifestazione - definiscono l'eroe positivo come bello e virtuoso allo stesso tempo.

Basti ricordare la rappresentazione di Tersite in uno dei passi più noti dell'Iliade, dove parla contro Agamennone [8] e viene affrontato e ridotto al silenzio da Odisseo, l'eroe positivo che, tra tutti i personaggi principali dei romanzi omerici, rappresenta la personificazione della ragione. Tersite, in quanto antieroe, diventa un *topos* dell'arte e della letteratura ellenica e della cultura classica in generale, essendo ancora utilizzato nel II secolo d.C., come testimonia un'immagine scolpita su un sarcofago dell'Asia Minore, con Achille, l'eroe positivo, che lo tira per i capelli (fig. 8). È da notare che, a differenza delle civiltà mesopotamiche o anche dell'antico Egitto, nell'esempio citato l'eroe è reso nudo, mentre l'antieroe è completamente vestito, il che sottolinea come la civiltà ellenica ribalti completamente il rapporto con la nudità, acquisendo quest'ultima un valore positivo.



Fig. 8 - Sarcofago di Aurelia Botania Demetria (particolare; Museo Archeologico di Antalya, Turchia)

Non sorprende quindi che l'immagine del corpo ellenico sia fortemente idealizzata. La tendenza all'astrazione è evidente nella descrizione delle forme del corpo, nel tentativo di trascendere i limiti dell'individualità e di rappresentare paradigmi universali. In altri termini, si individua chiaramente il desiderio di sintetizzare due tendenze apparentemente opposte: da un lato, una resa fedele degli aspetti naturalistici, dall'altro, un approccio matematico e razionale proprio del pensiero filosofico. La riproduzione della natura umana viene arricchita dall'arte greca, che raggiunge un picco di realismo nel periodo classico, superando così lo schematismo e la stilizzazione propri delle civiltà extraeuropee. Di conseguenza, il naturalismo proprio dell'arte ellenica - e in particolare della scultura - pur nascendo da un'osservazione dettagliata della realtà, si sforza di ritrarre *l'uomo*, non l'individuo.

Un tratto distintivo è dato dalla ricerca quasi spasmodica di proporzioni ideali prescritte da norme che determinano il rapporto tra le parti costitutive e tra queste e l'insieme. Tra questi canoni, quello sviluppato da Policleto nel V secolo a.C. [9] rappresenta un modello consacrato. Tuttavia, per raggiungere l'armonia complessiva è necessario un certo livello di astrazione, garantito dalla relazione matematica tra gli elementi costitutivi del corpo umano.

Un ulteriore elemento centrale dell'immagine corporea greca antica è la nudità, assegnata a personaggi positivi con funzione idealizzante. Il nudo eroico è attestato fin dalle prime forme di

rappresentazione del corpo umano sviluppate dagli antichi greci. Il corpo umano non vestito ha uno scopo idealizzante, innalzando l'essere umano a simbolo della perfezione divina. Inizialmente, però, questa caratteristica era attribuita solo al corpo maschile. Così, se convenzionalmente i *kouroi* ("ragazzi"; fig. 9) sono resi non vestiti, i loro equivalenti femminili chiamati *korai* ("ragazze"; fig. 10) sono vestiti.



Fig. 9 - Kouros di New York (The Metropolitan Museum of Art, New York)



Fig. 10 - Acropoli di Kore (Museo dell'Acropoli, Atene)

Sebbene caratterizzati da una marcata rigidità, gli esempi citati testimoniano una particolare cura per i dettagli anatomici, sconosciuta ad altre esperienze artistiche precedenti. L'attenzione per l'aspetto naturalistico, per l'esatta riproduzione della fisionomia umana, rimane sempre maggiore, raggiungendo il suo apice con la scultura del VI e V secolo a.C., l'epoca con un livello di realismo estremamente elevato. Tuttavia, il ruolo dell'immagine umana come personificazione dell'universo della perfezione viene mantenuto, espresso, ad esempio, dal volto standardizzato e impersonale.

Pertanto, qualsiasi rappresentazione del corpo umano che presenti un minimo di imperfezione viene semplicemente ignorata. L'uomo ideale della civiltà ellenica è giovane,

snello, atletico, sano, con un corpo costruito in modo armonioso. Qualsiasi elemento negativo, qualsiasi segno di vecchiaia, malattia o difetto viene scartato. Questo spiega perché la civiltà ellenica classica non ha lasciato tracce di obesità o disturbi alimentari [10].

Solo più tardi, a partire dal IV secolo a.C., la rappresentazione degli esseri umani iniziò a diversificarsi, affiancandosi al sincretismo culturale caratteristico del periodo ellenistico. A differenza dell'epoca classica, il periodo ellenistico è caratterizzato da una maggiore attenzione agli aspetti realistici. La sovrapposizione tra etica ed estetica, stabilita durante tutto il periodo ellenistico, diventa più sottile. Per quanto riguarda la ricerca del realismo della figura umana, si può osservare una serie di temi, mentre alla figura atletica del giovane si aggiungono altre rappresentazioni, persone di diverse età, dall'infanzia alla vecchiaia, senza trascurare i tabù precedentemente considerati, come quelli legati alla malattia, al decadimento fisico o morale. Passioni, vizi e sofferenze del corpo sono presentati con un pathos supplementare che esprime una drammaticità unica, come dimostra il famoso "Laocoonte e i suoi figli" dei Musei Vaticani (fig. 11).



Fig. 11 - *Laocoonte e i suoi figli* (Musei Vaticani, Roma)

4.1 Etruschi e Romani

L'idealizzazione del corpo umano, propria della cultura ellenica, scompare nel contesto culturale della penisola italiana. Sia nel contesto culturale etrusco che in quello romano successivo, soprattutto la testa diventa l'obiettivo principale del corpo umano.

Per quanto riguarda la civiltà etrusca, in gran parte ancora sconosciuta nei suoi elementi definitivi a causa dell'impossibilità di dissodare la sua lingua, è evidente la sua attenzione alla testa, e soprattutto alla mimica facciale, rispetto al resto del corpo, che appare molto più stilizzato, senza enfatizzare l'elemento naturalistico. Questo approccio è evidente, ad esempio, nel famoso "Sarcofago degli sposi" di Cerveteri (fig. 12), vicino a Roma.



Fig. 12 - Sarcofago *degli sposi* (Museo Nazionale Etrusco di Villa Giulia, Roma)

Risalente con ogni probabilità al VI secolo a.C., il sarcofago triclinico presenta una coppia di sposi, sdraiati, probabilmente durante un banchetto. I suoi dettagli permettono alcune interpretazioni relative a: status sociale privilegiato della coppia, parità tra donne e uomini (a differenza della cultura latina, le donne etrusche sembravano essere accettate ai banchetti). Per quanto riguarda l'immagine del corpo, le sculture etrusche mostrano una scarsa attenzione ai dettagli fisici. I corpi sono resi in modo quasi stilizzato, mentre scompare la struttura organica propria della cultura ellenica. Anche se la testa mostra una presentazione più dettagliata rispetto al resto del corpo, è chiaro che nella scultura etrusca non si cerca un modello ideale, né si persegue la caratterizzazione individuale di una persona.

La civiltà etrusca esercita un'enorme influenza sulla formazione della successiva civiltà latina, che dipende dalla sudditanza politica, economica e culturale della prima Roma (da notare che, secondo la tradizione, gli ultimi due re della Roma monarchica sono etruschi). La centralità della testa nella rappresentazione dell'immagine corporea si ritrova nella predilezione romana per il ritratto. Questa rappresentazione, che privilegia la testa a scapito del corpo, ha basi religiose, ed è particolarmente legata al particolare culto romano degli antenati, ma anche a elementi sociali e politici, in quanto secondo un atto legislativo, il cosiddetto "ius imaginum", solo le famiglie in grado di dimostrare un'origine antica hanno il diritto di esporre le immagini dei propri antenati [11].

La testa diventa così l'elemento fisico che rappresenta e trasmette la personalità profonda della persona, sottolineandone l'individualità. Si può quindi affermare che la civiltà latina ha ribaltato il punto di vista greco sull'immagine del corpo. Per i Greci, l'immagine corporea doveva definire l'"uomo" (il generale) a scapito della "persona" (l'individuo); con i Romani, questa prospettiva si inverte e il ritratto deve rendere la "persona" (l'individuo), a scapito dell'"uomo" (il generale). Pertanto, ogni volta che un corpo umano viene presentato nella sua interezza, il corpo è usato il più delle volte come supporto per la testa, la quale è generalmente coperta o rivestita.

Nonostante un'influenza stilistica che sarà più evidente nel periodo imperiale, questa evoluzione dipende in gran parte da un approccio alla vita sostanzialmente diverso. All'approccio speculativo ellenico, che privilegia l'idealismo filosofico, si contrappone una cultura pragmatica, che costruisce il suo intero universo di valori su basi più materiali e immanenti. Roma preferisce gli aspetti più pragmatici ai grandi sistemi filosofici, concentrandosi sulle strutture militari e sugli elementi concreti: l'esercito, l'architettura e soprattutto gli acquedotti, oltre al sistema stradale, elementi fondamentali su cui si fonda l'eminenza di Roma.

Alcuni cambiamenti iniziano con il tardo periodo repubblicano e soprattutto durante il periodo imperiale, quando si percepisce una maggiore influenza dell'arte e della cultura greca e l'immagine del corpo inizia a essere resa secondo il canone ellenistico standardizzato. Così,

soprattutto nel ritratto imperiale, la figura ricorda le statue di origine greca, con particolare attenzione ai dettagli anatomici. Spesso la figura è rappresentata nuda ed è caratterizzata dalla stessa armonia che tende a idealizzare il corpo umano, propria della civiltà ellenica. Tuttavia, anche in questi casi, l'immagine creata dagli artisti romani continua a evidenziare il realismo, essenzialmente legato alla rappresentazione del volto.

Possiamo aggiungere che le differenze fondamentali tra la civiltà greca e quella romana sono mostrate da un'altra prospettiva. A differenza del mondo greco, culturalmente ma non politicamente unitario, Roma è una potenza politica basata sul successo militare. Trionfi e vittorie sono celebrati in opere di diversa natura, dagli scritti storici, che rappresentano un filone specifico della letteratura latina (che ha però un modello negli storici greci precedenti), come quelli di Tacito, Svetonio o anche Giulio Cesare, alle opere d'arte che includono archi trionfali o colonne narrate (ad esempio: la Colonna Traiana; fig. 13).



Fig. 13 - Colonna Traiana a Roma (particolare)

Anche in questo caso, la differenza di progettazione in termini di immagine corporea tra la civiltà ellenica e quella romana è evidente. I Greci privilegiano i soggetti mitologici, utilizzando il corpo umano come modello ideale dell'armonia dell'universo; i Romani, a loro volta, prediligono i soggetti storici, con un maggior grado di fedeltà nella resa dell'immagine corporea, avendo un robusto scopo encomiastico e propagandistico.

Rispetto all'epoca classica, un cambiamento rilevante si manifesta nel tardo periodo imperiale. Le influenze orientali diventano più evidenti, soprattutto per quanto riguarda la visione fondamentale del potere divino e della natura dell'imperatore. Sebbene una certa tendenza alla sacralizzazione del potere politico si possa osservare fin dai primi secoli della nostra era, questo elemento si definisce nel periodo maturo dell'impero. Gli imperatori romani, spesso di dimensioni colossali, enfatizzano il valore simbolico della figura umana. L'immagine del corpo è chiamata a sottolineare l'aspetto sacrale della maestà. L'espressività ieratica della figura umana è data da una rappresentazione innaturale del corpo umano: il volto perde i tratti realistici propri della scultura classica, venendo rappresentato frontalmente, come nei ritratti e nelle maschere funerarie dei faraoni egizi, primi esempi di sovrano divinizzato. Le dimensioni colossali trasmettono un senso di grandezza sconosciuto alle raffigurazioni dei periodi precedenti. La stessa rigidità della composizione, a sua volta innaturale, evidenzia la natura speciale, quasi divina, dell'imperatore. La figura umana acquisisce così un nuovo scopo: il corpo umano diventa uno strumento attraverso il quale viene messa in evidenza l'eccezionalità del potere imperiale, come quello di Dio.

La continua affermazione del cristianesimo, divenuto religione ufficiale dell'Impero durante il regno di Teodosio I, ma tollerato da Costantino il Grande, contribuisce al consolidamento del valore simbolico della figura umana. La stessa visione del corpo umano subisce cambiamenti significativi. Allontanandosi parzialmente dalla visione romana della natura e del ruolo del corpo umano e riscoprendo la tradizione filosofica socratico-platonica del corpo umano come prigione dell'anima [12], la rappresentazione corporea perde il naturalismo greco-romano a favore di una costante attenzione all'elemento trascendente. Così, il corpo umano inizia a essere reso in modo piuttosto schematico e semplificato, mentre alcuni dettagli, come gli occhi che rispecchiano l'anima, vengono messi a fuoco (fig. 14).



Fig. 14 - La statua colossale dell'imperatore Costantino I (Musei Capitolini, Roma)

La perdita di realismo è funzionale a un altro aspetto. La società che si era andata strutturando a partire dal periodo tardo-imperiale, e che si consoliderà nell'alto Medioevo, si irrigidisce. La nuova struttura sociale, più chiusa, si manifesta attraverso l'impiego diffuso di proporzioni gerarchiche. Già visibili nella tradizione del tardo impero, le nuove tendenze si consolidano e si standardizzano nell'Impero bizantino, che prosegue la tradizione imperiale di Roma. Con l'affermazione definitiva del cristianesimo, soprattutto a partire dal V secolo d.C., la rappresentazione del corpo attraverso la scultura viene notevolmente limitata. La nuova religione ufficiale dell'impero, ancora incerta sul suo status e sull'applicazione del secondo comandamento, intende evitare qualsiasi forma di espressione che possa ricordare le divinità pagane. I rilievi e soprattutto i mosaici diventano i canali principali attraverso i quali viene rappresentata l'immagine del corpo; si tratta tuttavia di rappresentazioni frammentate, prive di naturalismo, che trasmettono un cospicuo senso di sacralità del potere, che è insieme religioso e politico. Il corpo umano e l'intera realtà fisica vengono sublimati, acquisendo un significato simbolico più chiaramente visibile.

Il mondo antico sta finendo e il Medioevo, con quella sconfitta del corpo magistralmente descritta dallo storico medievale francese Jacques Le Goff, si profila all'orizzonte [13].

5. Medioevo

Il passaggio dall'antichità al Medioevo rappresenta un cambiamento radicale della percezione del corpo umano nella mentalità collettiva. Il Medioevo è dominato e definito dalla religione e dal tema della redenzione dell'anima, un cambiamento di paradigma che si evidenzia nella

generale assenza di rappresentazioni di nudo, mantenute solo parzialmente ed esclusivamente per temi religiosi, come la crocifissione di Gesù Cristo, brani della Genesi o scene di martirio dei primi santi. Allo stesso modo, il corpo nudo è talvolta impiegato in scene di giudizio, ma sempre per descrivere corpi peccatori condannati all'inferno eterno.

Il Medioevo ritiene che il lato terreno e materiale dell'uomo sia debole, vulnerabile alle tentazioni e incline al peccato. Più che essere la prigionia dell'anima nella tradizione platonica, il Medioevo considerava il corpo umano come la fonte del male, spesso associato alla morte e al peccato, che rappresenta la morte dell'anima. Il modello di condotta positivo è quello che mortifica il corpo. L'ascetismo, attraverso il pentimento e la mortificazione, che presuppongono l'astinenza dai piaceri corporei, la rinuncia alla vita mondana e la proclamazione della spiritualità, diventa il modello virtuoso di vita.

La rappresentazione corporea, mortificata e sacrificata nelle sue manifestazioni edonistiche, trova tuttavia un'opportunità di affermazione nella rappresentazione della sofferenza fisica. Le immagini di santi e martiri torturati e uccisi in atroci tormenti ricordano la vittoria dell'anima sul corpo. L'enfasi sulla vita ascetica determina una predilezione per i corpi flessuosi ed emaciati, in alcuni casi vicini all'anoressia. D'altra parte, il grasso corporeo è condannato come peccaminoso e tollerante di una condotta riprovevole [14]. Inoltre, l'immaginario medievale sviluppa un vero e proprio mito del mostro, onnipresente nella mente collettiva dell'epoca, simbolo della fornicazione, del peccato, del vizio e, in definitiva, del potere demoniaco. Queste figure, comuni a tutte le forme di cultura medievale, testimoniano una mentalità profondamente tormentata dalla dannazione dell'anima [15]. In un'epoca violenta, in cui la sofferenza e la morte sono realtà quotidiane, il benessere fisico diventa insignificante, addirittura pericoloso per la salvezza dell'anima.

Insieme al primato del trascendente sull'immanente, la struttura sociale medievale influenza a sua volta la percezione del corpo. La società medievale porta avanti il cambiamento della struttura sociale iniziato nella tarda antichità. In Occidente, il crollo dell'Impero romano lascia un vuoto di potere che si traduce nella disintegrazione dei centri di potere. Il grande commercio internazionale si riduce e nuovi centri politici - più o meno grandi - sviluppano sistemi economici autoreferenziali e in gran parte autarchici. La mancanza di una forte autorità centrale, le guerre incessanti, a cui si sovrappongono successive ondate migratorie, soprattutto dalle steppe dell'Asia centrale, portano a una continua insicurezza, una sorta di guerra di tutti contro tutti ("bellum omnium contra omnes"), descritta secoli dopo da Thomas Hobbes come la principale caratteristica dello stato naturale che precede la fondazione della società e del potere politico [16].

La società medievale è quindi organizzata secondo una rigida struttura piramidale, in cui la mobilità sociale è quasi del tutto impossibile. L'individuo tende a scomparire, venendo scambiato per lo status sociale a cui appartiene. I rapporti di subordinazione sono chiaramente codificati, ogni persona occupa un posto ben definito nella società, evidenziato dai privilegi garantiti dallo status sociale. Questa struttura sociale rigidamente organizzata ha un impatto significativo sulla mentalità collettiva, portando a una visione specifica del mondo. La gerarchia sociale determina una speciale civiltà materiale che segnerà la coscienza degli europei per un lungo periodo di tempo. La visione del Medioevo sull'uomo è influenzata da questa rigida organizzazione. Così come le persone non sono uguali a livello sociale, non lo sono nemmeno a livello fisico.

Così, la dieta giusta per un nobile è considerata inadeguata e persino dannosa per un contadino. I nobili si nutrono eccessivamente di carne, soprattutto di selvaggina, mentre ai contadini viene consigliato di mangiare cibi che crescono più vicino alla terra [17]. Nell'arte medica (non possiamo ancora chiamarla scienza), influenzata da molti punti di vista dall'autorità consacrata della tradizione classica (soprattutto Galeno), gli esseri umani sono considerati diversi nella loro struttura anatomica a seconda dello status sociale, manifestando malattie specifiche, ma anche avendo trattamenti più o meno efficaci a seconda del loro status sociale [18]. La

cultura medievale riflette questa struttura sociale, caratterizzata da un forte senso delle differenze e delle gerarchie [19]. Il pensiero teologico e giuridico, la filosofia, la letteratura, l'arte, le attività ricreative e di svago, gli usi e i costumi, in sostanza ogni aspetto dell'esistenza umana è percepito secondo questa prospettiva.

La visione medievale del corpo subisce i primi cambiamenti nel XII secolo, soprattutto nello spazio italiano che, prima di altri, si apre al grande commercio internazionale. L'incremento degli scambi, la riscoperta delle vecchie rotte abbandonate accanto a nuove, aprono un contatto più ampio con altri spazi di civiltà. Allo stesso tempo, emergono nuovi strati sociali. Nasce una nuova nobiltà urbana, soprattutto nel settore commerciale e produttivo che porterà alla nascita dei primi nuclei di proto-borghesia mercantile.

I cambiamenti economici e sociali che si verificano dopo l'anno Mille e si consolidano all'inizio del XII secolo portano a una vera e propria rivoluzione culturale, non a caso chiamata "primo rinascimento" o "rinascimento del XII secolo" [20]. La nuova visione sull'uomo, e come tale sull'immagine del corpo, deriva dai significativi cambiamenti riscontrati nell'arte pittorica. Anche se i temi continuano a ispirarsi alla tradizione religiosa, la riproduzione del corpo umano cambia in modo significativo, allontanandosi gradualmente dal modello consolidato di origine bizantina.

A titolo esemplificativo, questa evoluzione si può osservare nella rappresentazione della crocifissione. A partire dal XII secolo, il tema iconografico della crocifissione noto come "Christus Triumphans", che segue il modello bizantino con Gesù Cristo ancora vivo sulla croce (fig. 15), lascia gradualmente il posto a un nuovo approccio, chiamato "Christus patiens", in cui Gesù Cristo giace morto.



Fig. 15 - Alberto Sotio, Crocifisso (Duomo di Spoleto, 1187)

L'immagine del dolore umano, dell'uomo sofferente (non a caso questo canone pittorico è definito anche "vir dolorum"), sostituisce l'immagine consacrata del Figlio di Dio che sconfigge il dolore e la morte. Questo passaggio da un modello all'altro ha significati profondi, mostrando una maggiore attenzione agli aspetti immanenti a scapito di quelli trascendenti. Così, il rapporto tra materiale e spirituale si riequilibra a favore del primo. Con il nuovo stile pittorico, il medievale inizia a riconsiderare il lato umano di Gesù, con il quale può identificarsi più facilmente.

Essendo più umano, Gesù - il Figlio dell'uomo, come si definisce nei Vangeli - inizia a essere ritratto in modo più realistico. La figura ideografica della tradizione orientale, ancora visibile ad esempio nell'opera di Cimabue [fig. 16], viene progressivamente sostituita da una nuova immagine, più attenta ai dettagli anatomici, come dimostra l'opera di Giotto (fig. 17).



Fig. 16 - Cimabue, Crocifisso (Chiesa di Santa Croce, Firenze, 1287-1288)

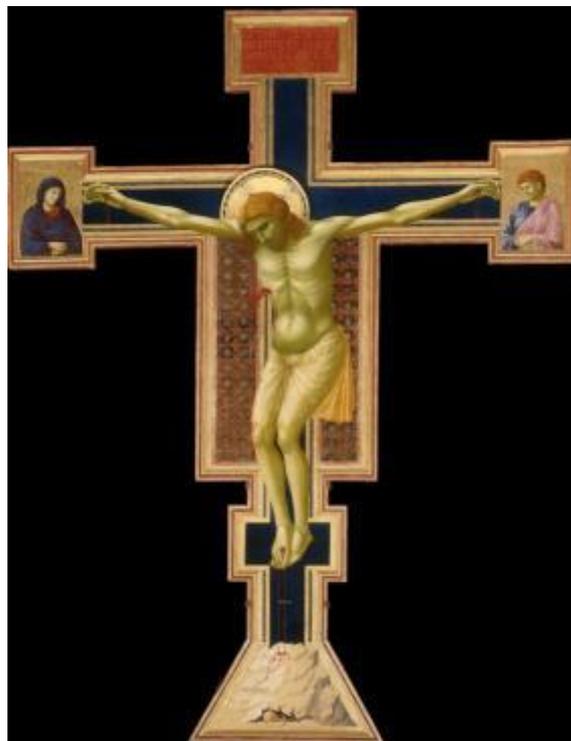


Fig. 17 - Giotto, Crocifisso (Chiesa di Santa Maria Novella, Firenze, 1290-1300)

Anche se entrambi gli esempi si inseriscono nella nuova tradizione pittorica, l'opera di Cimabue dipende ancora dalla tradizione bizantina, mentre quella di Giotto è molto più realistica, con il corpo di Gesù Cristo che giace molto più pesantemente sulla croce, la testa e il

corpo inclinati in avanti, i palmi delle mani ricurvi, il che conferisce un eccesso di realismo all'intera composizione.

La religione, così come l'intera cultura, viene umanizzata, mentre l'immagine corporea torna a forme di rappresentazione più naturali. L'uomo riacquista gradualmente la sua importanza, come dimostra l'evoluzione non solo pittorica ma anche letteraria. La nuova letteratura, espressa in lingua volgare - cioè dell'uomo comune - ha al centro la figura umana. I romanzi cavallereschi francesi e italiani, i poemi che presentano e rappresentano i valori della corte, le opere di Dante Alighieri, Francesco Petrarca e Giovanni Boccaccio hanno come protagonista principale l'uomo nelle sue varie componenti.

Anche se la "Commedia" di Dante - capolavoro assoluto della letteratura medievale - è una sintesi, una "summa" della teologia medievale, il protagonista del poema è l'uomo. Nell'opera dantesca, che introduce successivamente l'Umanesimo, si riscopre gradualmente la visione classica del corpo umano. La riscoperta dei valori classici avviene fin dall'inizio, con la scelta di Virgilio come guida del poeta attraverso i primi due regni ultraterreni. Come nella visione classica, la bellezza è data dall'armonia fisica e spirituale e si manifesta al massimo grado nel Paradiso, dove Virgilio è sostituito da Beatrice, l'ideale dell'amore di Dante. D'altra parte, i difetti fisici, le deformità e l'obesità sono usati come allegorie del peccato, più evidenti nell'Inferno, più sfumati nel Purgatorio.

L'Umanesimo, solo suggerito nell'opera di Dante, si manifesta pienamente nell'opera letteraria di Petrarca e, soprattutto, di Boccaccio. Una tradizione storiografica risalente al XIX secolo considera l'Umanesimo - e la civiltà rinascimentale che da esso si svilupperà - come l'opposto, la negazione radicale del Medioevo [21]. Sarebbe più corretto considerare l'Umanesimo - insieme allo storico olandese Johan Huizinga - come "l'autunno del Medioevo" [22].

Pur nascendo dalla tradizione e dall'evoluzione culturale del Medioevo, l'Umanesimo porta con sé una visione radicalmente diversa dell'uomo e della società, della natura e della storia. La cultura inizia a diventare "laica", meno attenta agli aspetti spirituali, più libera dalle restrizioni imposte dalla tradizione e dall'autorità, compresa la religione. Secondo la tradizione filosofica dell'antichità classica, l'uomo torna a essere la "misura di tutte le cose".

6. Umanesimo e Rinascimento

La cultura umanistica applica una revisione approfondita del modo in cui la realtà circostante viene vista, analizzata e, di conseguenza, riprodotta. Il centro della nuova costruzione intellettuale è l'uomo, visto nella sua interezza di corpo e anima. L'origine dei cambiamenti che si manifestano pienamente a partire dal XV secolo può essere individuata nella riscoperta delle fonti classiche della civiltà greco-romana, ma ha inizio negli ultimi secoli del Medioevo. La riscoperta della tradizione classica, che avviene inizialmente in Italia, dove le vestigia antiche sono più visibili e dove le opere dei grandi autori - soprattutto latini - si sono conservate in maggior numero, ha inizialmente una connotazione morale, come volontà di riportare in vita le virtù degli antichi. Allontanandosi dalla tradizione cristiana che colloca l'età dell'oro dell'umanità in un futuro lontano, quando Gesù Cristo tornerà sulla terra per instaurare il suo regno millenario, gli umanisti idealizzano il passato, visto come modello e fonte di ispirazione.

La centralità dell'uomo nella costruzione culturale dell'Umanesimo si traduce in una maggiore attenzione alla propria immagine corporea. In questo senso, un passaggio essenziale è la riscoperta della prospettiva, che si ritrova già in alcune opere medievali, ad esempio quelle di Giotto, ma che viene studiata e codificata dagli artisti umanisti. La prospettiva permette la rappresentazione razionale dello spazio, considerato ora come scena dell'azione umana. Si verifica così un cambiamento significativo, ovvero dalle proporzioni schematiche del corpo umano, proprie del Medioevo, a forme basate su un'analisi empirica. L'uomo diventa veramente la misura di tutte le cose e le proporzioni del corpo umano vengono utilizzate in architettura per

definire l'armonia e, di conseguenza, la bellezza. Il corpo umano diventa così un sistema di misura, un paradigma di riferimento, come dimostra il famoso Uomo vitruviano di Leonardo da Vinci (fig. 18).



Fig. 18 - Leonardo da Vinci, *L'uomo vitruviano* (Gallerie dell'Accademia, Venezia, 1490 ca.)

I cambiamenti sono evidenti nel modo in cui viene riprodotta l'immagine umana. Allontanandosi dalla tradizione precedente, all'inizio del XV secolo Masaccio produce forme umane che hanno caratteristiche individuali, concrete, capaci di esprimere sentimenti perenni. Il contesto paesaggistico e architettonico in cui le sue figure sono iscritte conferisce loro un accentuato carattere immanente, una spiccata storicità. L'uomo non è più sublimato, ma è reso nel suo aspetto materiale (fig. 19).

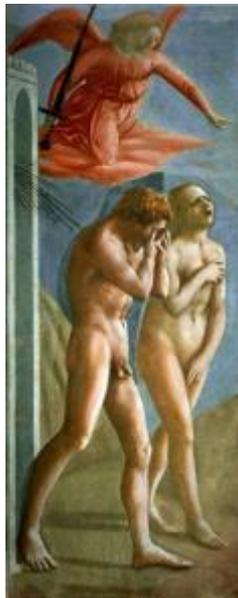


Fig. 19 - Masaccio, *Adamo ed Eva cacciati dal Paradiso* (Cappella Brancaccio, Chiesa di Santa Maria del Carmine, Firenze, 1424-1425)

La riaffermazione della centralità dell'uomo nell'universo e la riscoperta dei valori classici riportano in auge la scultura dell'immagine umana. Già con l'opera di Donatello, il corpo umano perde alcuni dei significati allegorici che il Medioevo gli attribuiva. L'individualizzazione della figura umana reintroduce la moda del ritratto sia in scultura (il modello è tratto principalmente

dalla tradizione romana, facilmente accessibile grazie alle vestigia disponibili), sia in pittura. Indipendentemente dalla forma espressiva, però, la cultura umanistica mira a riprodurre un'immagine dell'uomo il più possibile realistica. Le proporzioni, i movimenti, il contesto sono resi in modo rigoroso.

Per ottenere questo risultato, l'uomo comincia a essere guardato in tutti i suoi aspetti, compresi quelli interiori. La struttura anatomica dell'uomo viene studiata nel dettaglio, spesso sfidando i divieti imposti dalle autorità ecclesiastiche. L'attenzione per lo studio anatomico, insieme alla riscoperta dei valori e della tradizione greco-romana, favorisce la riscoperta del nudo come mezzo per esprimere la visione umanistica sull'uomo e, implicitamente, sul mondo.

La più alta realizzazione artistica, quando si tratta di nudo, onnipresente nella riproduzione dell'immagine corporea durante l'Umanesimo e il Rinascimento, si trova nell'opera di Michelangelo. L'artista fiorentino, tuttavia, rappresenta una nuova svolta nel modo di rappresentare l'uomo. Nei canoni precedenti, il corpo umano è ancora idealizzato. È il caso della scultura di Donatello o della pittura di Sandro Botticelli che, tra l'altro, reintroduce il nudo femminile in alcune composizioni mitologiche (fig. 20), segno successivo di quella secolarizzazione del pensiero che è una delle caratteristiche fondamentali della civiltà rinascimentale.

La scultura di Michelangelo presenta alcune caratteristiche nuove, che derivano dalla sua visione filosofica, influenzata dal movimento neoplatonico di Marsilio Ficino e Pico della Mirandola, nonché dal desiderio di raggiungere una congruenza tra valori classici e cristiani. Se l'uomo è l'immagine di Dio e se la bellezza umana è l'immagine della perfezione divina, l'immagine corporea dell'uomo è solo un canale attraverso il quale si esprime una bellezza superiore e trascendente. Per Michelangelo, la scultura significa la liberazione dello spirito che è contenuto in ogni elemento fisico; attraverso l'atto scultoreo, avviene il passaggio dal materiale allo spirituale, che è essenzialmente il significato del "non finito" caratteristico dell'opera michelangelolesca, già visibile nella famosa "Pietà" vaticana (Fig. 21), e ovviamente nella cosiddetta "Pietà Rondanini" di Firenze (Fig. 22).



Fig. 20 - Sandro Botticelli, *La nascita di Venere* (Galleria degli Uffizi, Firenze, 1485 ca.)



Fig. 21 - Michelangelo Buonarroti, *La Pietà* (Basilica di San Pietro, Vaticano, 1497-1499)



Fig. 22 - Michelangelo Buonarroti, *Pietà Rondanini* (Castello Sforzesco, Milano, 1564)

Con la *Pietà Rondanini* il contrasto tra materia e spirito diventa evidente. Non è un caso, quindi, che quest'opera possa essere considerata il momento finale del Rinascimento italiano. Il travaglio di un'epoca, costantemente tormentata da tendenze materialistiche e spirituali contrastanti, raggiunge il suo apice. Ma se è vero che, in una certa misura, il Rinascimento italiano si conclude con Michelangelo, esso continua e si sviluppa nel resto d'Europa, dove

acquisisce uno scopo più pragmatico, legato ai profondi cambiamenti economici e sociali che si verificano nel periodo della prima modernità.

7. Il manierismo e il barocco

La rappresentazione della figura umana nel corso del Cinquecento trae origine dalla precedente tradizione rinascimentale, ma è fortemente influenzata dai conflitti religiosi generati dall'affermazione della Riforma protestante e dalla crisi dell'universalismo della Chiesa cattolica. Sotto la spinta dei cambiamenti fondamentali che si manifestano nel corso del secolo, le certezze dell'Umanesimo, la visione antropocentrica della realtà su cui è costruito, l'equivalenza tra natura e ragione, l'idea dell'uomo come artefice del proprio futuro, raggiungono un punto critico. Gli effetti di questa crisi si fanno sentire fortemente nel modo in cui viene visto e interpretato il corpo umano. Dalle certezze derivanti dal rispetto delle regole di proporzione, si passa all'eccezione, alla non conformità, all'arbitrarietà. Il corpo umano appare ora deformato, compaiono immagini che modificano il modello corporeo, seguendo un'immagine immaginaria che rifiuta di conformarsi all'immagine naturale, ma piuttosto di fornire la visione di un mondo ansioso.

L'immagine corporea viene ridefinita da nuovi canoni, e il desiderio di suscitare stupore - che diventerà il tratto distintivo del Barocco - produce nuove forme espressive, in cui il grottesco, lo straordinario, l'illusorio vengono utilizzati sistematicamente. La realtà fisica viene distorta, sia nei suoi aspetti naturali, come accade a Bomarzo [23] (fig. 23), sia in quelli umani, come nel caso di Giuseppe Arcimboldo (fig. 24).



Fig. 23 - *Ercole e Caco* (Parco dei Mostri, Bomarzo, Italia)



Fig. 24 - Giuseppe Arcimboldo, Rodolfo II, rappresentato come dio Vertumnus (Castello di Skokloster, Stoccolma, 1591)

L'interpretazione naturalistica dell'uomo offerta da Caravaggio, il più esemplare rappresentante della pittura barocca, è completamente diversa. Il corpo umano viene riportato alle sue dimensioni reali. L'immagine corporea viene nuovamente utilizzata in modo simbolico. Utilizzando la tecnica del chiaroscuro, Caravaggio mette in evidenza il corpo umano, inondato di luce, nella pienezza delle sue azioni. È un'immagine più realistica, meno idealizzata rispetto alla tradizione rinascimentale. L'uomo è un simbolo della condizione umana. Per questo motivo, i temi scelti sono tra i più vari.

C'è, naturalmente, un'influenza locale. In Italia, dominata dai valori cristiani riaffermati dalla Chiesa post-tridentina della Controriforma, i temi privilegiati sono di natura sacra, anche se le figure sono rese con un marcato realismo, che non trascura gli aspetti meno estetici. È il caso, ad esempio, della pittura di Caravaggio e dei suoi successori (Fig. 25).



Fig. 25 - Caravaggio, *Giuditta che decapita Oloferne* (Palazzo Barberini, Roma, 1598)

Nella penisola iberica, l'aspetto naturalistico è enfatizzato nell'opera di Diego Velázquez, che riproduce figure umane senza discriminazioni. Re e nobili, bambini, anziani, buffoni e nani sono ritratti senza ritegno, raffigurando un'umanità composita. Persiste tuttavia la ricerca del sentimento di stupore, come dimostra ad esempio la celebre opera "Las meninas" (fig. 26), realizzata con un grado di realismo esasperato che porta lo spettatore a chiedersi dove finisca la realtà e dove inizi la finzione.

Il mondo nordico, invece, è maggiormente interessato da profondi cambiamenti economici e sociali. Il XVII secolo, definito come un secolo di crisi [24], significa in alcune parti d'Europa l'affermazione del capitalismo e l'emergere della borghesia. L'ascesa della borghesia si fa sentire soprattutto nei Paesi Bassi, dove l'affermazione della Riforma - che acquista valore politico con la Guerra d'Indipendenza - libera la cultura dalle restrizioni religiose. Il protestantesimo calvinista è contrario alle immagini religiose e privilegia temi laici nella riproduzione dell'immagine umana. Le scene di vita quotidiana, la vita familiare, diventano i soggetti privilegiati che permettono un'analisi della condizione umana da una prospettiva naturalistica, ma carica di significati emotivi che penetrano nel profondo dell'animo umano. L'attenzione ai dettagli naturalistici del corpo umano è evidenziata da uno dei capolavori del barocco olandese, "La lezione di anatomia" di Rembrandt (fig. 27), vero e proprio manifesto della continua tensione tra immanenza e trascendenza, tra regno materiale e immateriale, che definisce l'intero movimento barocco.



Fig. 26 - Diego Velázquez, *Las Meninas* (Museo del Prado, Madrid, 1656 ca.)



Fig. 27 - Rembrandt, *La lezione di anatomia del dottor Nicolaes Tulp* (Mauritshuis, L'Aia, 1632)

Nonostante la riscoperta dell'aspetto sacro dell'esistenza, la natura, e con essa l'uomo, rimangono centrali. Il problema dell'esistenza materiale, del trascorrere del tempo sono profondamente sentiti dalla cultura barocca, come dimostra la predilezione di questo movimento per le immagini macabre, che ricordano la natura transitoria dell'esistenza umana. Il "Memento mori" del periodo medievale viene riscoperto da un'epoca caratterizzata da violenze, guerre, carestie, epidemie. Un secolo d'oro, ma anche un secolo d'acciaio, solleva costantemente la questione della natura transitoria dell'essere umano, come dimostra l'uso spasmodico dello scheletro umano come elemento decorativo.

Questa visione del corpo umano rimarrà pressoché invariata fino alla metà del XVIII secolo. L'affermazione della cultura illuminista, la prima vera ideologia culturale che segna la emergere della piena modernità e apre la strada alla contemporaneità. Costruito sul culto della ragione umana, l'Illuminismo si occuperà quasi esclusivamente del lato materiale dell'esistenza, affermando una prospettiva pienamente laica della cultura e dell'esistenza.

8. Età contemporanea

Il Settecento è un secolo di cambiamenti radicali. È un secolo di rivoluzioni, anche se l'approccio filosofico dell'Illuminismo, tutto costruito intorno al mito della ragione umana, preferisce soluzioni riformiste. I cambiamenti economici sono rivoluzionari, accompagnati dall'emergere del nuovo modello capitalistico. E, dopo la rivoluzione economica, alla fine del secolo, arriva il momento propizio per la rivoluzione politica che, con la Grande Rivoluzione Francese, distrugge non solo un sistema politico - quello assolutista del vecchio regime - ma anche la società stratificata per status sociale. È il momento in cui la borghesia afferma pienamente il suo primato, prima economico e poi politico. Questi cambiamenti avvengono in un contesto culturale dominato dal nuovo Illuminismo, definito da Immanuel Kant come "l'emergere dell'uomo dalla sua immaturità autoimposta" [25]. L'immaturità autoimposta è data da una cultura in cui predominano false credenze, superstizioni non giustificate da un'analisi razionale dell'esistenza. La ragione umana, unica istanza in grado di illuminare l'esistenza umana, viene elevata al rango di divinità. La centralità dell'uomo viene categoricamente riaffermata. L'uomo è il centro dell'universo, l'unico creatore del proprio futuro. La visione illuministica del mondo è determinata dalla piena fiducia nel potere creativo dell'uomo che, liberato dai vincoli dell'oscurantismo, genererà un progresso senza fine.

L'immagine dell'uomo proiettata dalla cultura illuminista è quindi la più positiva possibile, e inizialmente questa convinzione porta alla riscoperta del modello classico, che si manifesta nelle tendenze neoclassiche. Il corpo umano, riprodotto realisticamente ma idealizzato, viene utilizzato per trasmettere ai contemporanei il carattere laico, razionale e didattico dell'Illuminismo. Tuttavia, la scelta del modello classico per definire l'immagine corporea assolve a un'altra funzione, quella di critica del sistema di antico regime, rappresentato dalla cultura barocca. La visione del mondo promossa dall'Illuminismo è quindi espressa dall'ordine, dall'armonia, persino dalla rigidità dei corpi umani che denota il controllo assoluto della ragione sul corpo, come accade, ad esempio, nel "Giuramento degli Orazi" di Jacques-Louis David (fig. 28).



Fig. 28 - Jacques-Louis David, *Giuramento degli Orazi* (Museo del Louvre, Parigi, 1785)

D'altra parte, la centralità dell'uomo, e soprattutto dell'aspetto razionale, nella costruzione culturale dell'epoca non può trascurare completamente i fattori soggettivi ed emotivi. Già nelle ultime rappresentazioni neoclassiche, e soprattutto con l'affermarsi delle tendenze pre-romantiche, l'uomo comincia a essere visto come un tutt'uno, e il corpo umano comincia a rappresentare anche gli aspetti psicologici, che diventeranno più evidenti nel Romanticismo. Un vero e proprio manifesto di questa nuova visione è "Il sonno della ragione" di Francisco Goya (fig. 29), che, a cavallo del XIX secolo, realizza una sintesi tra le due concezioni, collegando ragione e sentimento.



Fig. 29 - Francisco Goya, *Il sonno della ragione produce mostri* (Museo del Prado, Madrid, 1799 ca.)

Il XIX secolo è quindi più attento alla dimensione interiore dell'uomo, ai suoi sentimenti, agli aspetti individualistici, ma anche alle connotazioni sociali. L'immagine umana si libera dalle restrizioni imposte da una certa cultura. Ogni aspetto dell'esistenza umana diventa degno di essere riprodotto. La connotazione sociale, di denuncia, attribuita all'arte dagli illuministi viene conservata dai romantici. I grandi problemi del mondo contemporaneo, causati dai cambiamenti radicali imposti soprattutto dalla rivoluzione industriale, vengono denunciati e l'immagine del corpo diventa il principale strumento utilizzato. In letteratura, i grandi problemi sociali sono espressi attraverso immagini distorte, talvolta grottesche, descritte da Honoré de Balzac nel ciclo "La Comédie Humaine" [26]. In pittura, i grandi problemi sociali del mondo contemporaneo sono descritti facendo appello all'immagine del corpo, soprattutto degli emarginati. È il caso, ad esempio, del celebre "Il bevitore di assenzio" di Edgar Degas (fig. 30), in cui le immagini umane, distorte dall'alcolismo, denunciano in realtà l'alienazione prodotta dai cambiamenti rivoluzionari della società contemporanea. È anche il caso delle prostitute nei bordelli parigini, ritratte da Henri de Toulouse-Lautrec (fig. 31), anch'egli disabile e, come tale, marginale, nonostante le sue origini aristocratiche. È, infine, il caso di Vincent Van Gogh, che attraverso i suoi autoritratti denuncia, volente o nolente, la follia che colpisce l'uomo contemporaneo (fig. 32).



Fig. 30 - Edgar Degas, *Il bevitore di assenzio* (Museo d'Orsay, Parigi, 1875-1876)



Fig. 31 - Henri de Toulouse-Lautrec, *La Toilette* (Museo d'Orsay, Parigi, 1889)

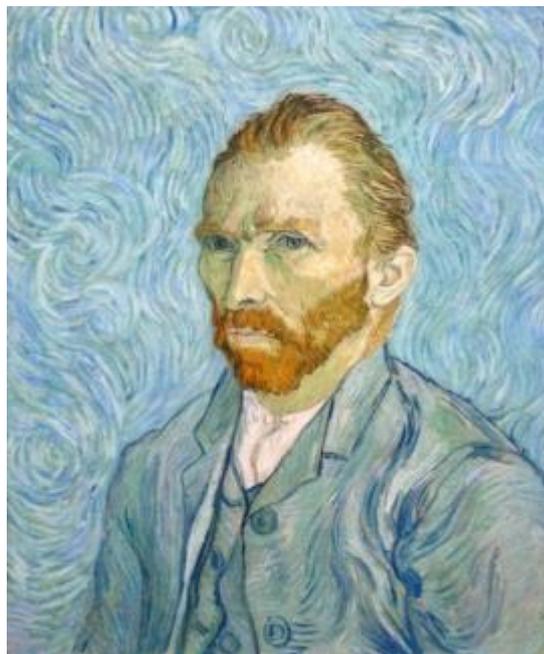


Fig. 32 - Vincent Van Gogh, *Autoritratto* (Museo d'Orsay, Parigi, 1889)

A cavallo tra il XIX secolo e l'inizio del XX, il processo di modernizzazione avviato alla fine del Medioevo raggiunge il suo apice. Lo sviluppo tecnologico alla fine del XIX secolo determina una nuova fase della Rivoluzione industriale, detta anche Rivoluzione tecnologica. Le nuove tecnologie facilitano lo sviluppo di nuovi sistemi di produzione (ad esempio, la catena di produzione introdotta da Henry Ford nelle sue fabbriche), consentendo un aumento della produttività e la standardizzazione del prodotto finito. Lo spirito del capitalismo si afferma definitivamente, trasformando qualsiasi attività umana in un prodotto capace di generare

profitto. Gli effetti di questi cambiamenti sono ambivalenti. Non c'è dubbio che abbiano avuto conseguenze positive. Da un punto di vista economico, il mondo sta vivendo uno sviluppo economico senza precedenti. Nuove tecniche e tecnologie consentono una maggiore produttività non solo in campo industriale, ma anche in agricoltura. La crescente disponibilità di risorse alimentari, insieme ai progressi in campo scientifico, consentono un significativo miglioramento delle condizioni di vita. Il tasso di mortalità sta gradualmente diminuendo, grazie alle nuove conoscenze in campo medico, ma anche ad alcune politiche di sanità pubblica. Il commercio internazionale aumenta e le innovazioni nel settore dei trasporti riducono le distanze. I nuovi sistemi di comunicazione - il telegrafo, il telefono, la radio, il cinema - consentono un più facile flusso di informazioni e idee. L'uso dell'elettricità cambia massicciamente le abitudini legate alla vita quotidiana. La mentalità dell'uomo moderno, già orientata in senso progressista, cambia nel senso di mitizzare il progresso, e l'età dell'oro dell'umanità, che il Rinascimento colloca nel passato classico greco-romano e il Romanticismo della prima metà del XIX secolo nel Medioevo cristiano, viene spostata in un futuro altrettanto mitizzato.

Tuttavia, il progresso introdotto dall'evoluzione storica della fine del XIX secolo comporta anche alcuni aspetti problematici. Dal punto di vista economico, gli effetti positivi sono raddoppiati dalla comparsa di crisi cicliche, proprie del sistema capitalistico, con momenti di depressione economica di maggiore o minore intensità (la più nota, per gli effetti prodotti, è la Grande Depressione del 1929). La struttura sociale subisce cambiamenti radicali. Lo sviluppo dell'industria attira un vasto fenomeno migratorio, soprattutto dalle campagne verso i grandi centri industriali. Le dimensioni delle città aumentano e compaiono nuovi quartieri - soprattutto intorno alle industrie - il più delle volte privi di qualsiasi tipo di infrastruttura. I nuovi quartieri che ospitano i lavoratori delle fabbriche sono solitamente caratterizzati da un alto grado di promiscuità, diventando spesso focolai di infezione. Disoccupazione, sfruttamento, violenza, criminalità, prostituzione, alcolismo diventano fenomeni endemici. L'uomo contemporaneo inizia a soffrire di nuovi disturbi, mentre lo sradicamento e l'alienazione diventano caratteristiche tipiche delle nuove masse sociali, private di quegli elementi di stabilità offerti dalla tradizione e dai vecchi costumi, emarginati dalla nuova società di massa.

Come ammette Paul Trachtman: "Negli anni precedenti la prima guerra mondiale, l'Europa sembrava perdere il controllo sulla realtà. L'universo di Einstein sembrava fantascienza, le teorie di Freud mettevano la ragione nella morsa dell'inconscio e il comunismo di Marx mirava a capovolgere la società, con il proletariato in cima" [27]. Non sorprende quindi che l'uomo inizi a cambiare il modo in cui percepisce e, di conseguenza, riproduce l'immagine del corpo.

Con il Modernismo si affermano nuovi mezzi espressivi. Fauvismo, espressionismo, cubismo mettono in evidenza l'aspetto soggettivo a scapito del dato oggettivo. Il cubismo è probabilmente il movimento artistico più noto dell'epoca modernista, i cui obiettivi centrali sono: "(...) scartare le convenzioni del passato che si limitavano a imitare la natura e iniziare un nuovo percorso per mettere in evidenza la piatta dimensionalità della tela" [28].

Le nuove invenzioni tecnologiche, la fotografia e la cinematografia, cambiano il modo in cui il corpo umano viene rappresentato e, di conseguenza, l'immagine corporea da esse proiettata. In particolare, la fotografia viene considerata, ai suoi inizi e in pieno accordo con l'atteggiamento positivista dominante, come un mezzo attraverso il quale l'immagine di sé può essere riprodotta con esattezza. Questa convinzione si trasmetterà al nascente cinema, che per molti versi è un'evoluzione della fotografia. Non tarderà però, sotto l'influenza del movimento psicoanalitico di origine freudiana, a riaffermarsi il soggettivismo delle immagini. La capacità di denunciare i grandi problemi sociali e individuali, aperti dal mondo contemporaneo, attribuita all'immagine corporea nel XIX secolo, si riflette nella produzione artistica dell'inizio del XX secolo.

Così, il sentimento di alienazione e inutilità provato dall'uomo contemporaneo dopo la meccanizzazione della produzione è magistralmente rappresentato da Charlie Chaplin nel film

"Tempi moderni" del 1936, in cui il corpo del protagonista viene schiacciato dal congegno meccanico che è chiamato a manovrare (fig. 33).



Fig. 33 - Charlie Chaplin, *Tempi moderni* (SUA, 1936)

A nostro avviso, l'immagine paradigmatica della profonda disperazione che l'uomo contemporaneo si trova ad affrontare è ancora una volta data dalla pittura, e appartiene al movimento espressionista. L'"Urlo" di Edvard Munch (fig. 34) contiene tutto il dramma dell'uomo contemporaneo. Il corpo umano, distorto nei suoi elementi fisici, anonimizzato nella sua fisionomia, è esemplare dell'abisso di disperazione in cui è sprofondata l'uomo contemporaneo.

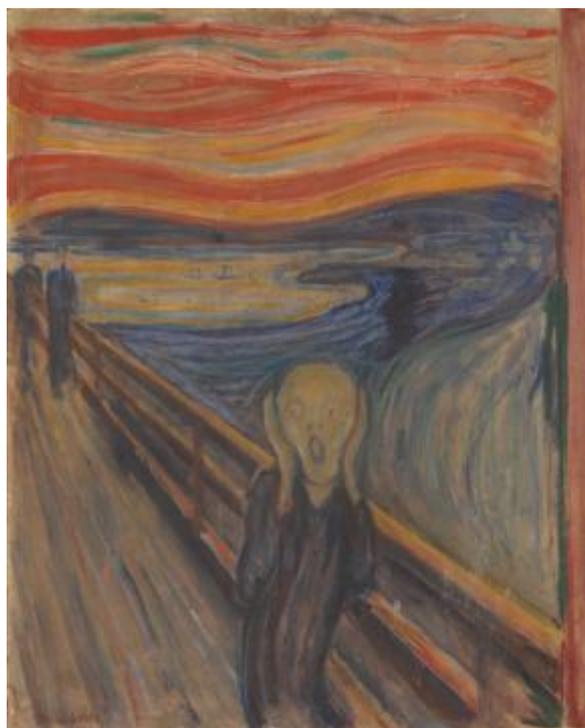


Fig. 34 - Edvard Munch, *L'urlo* (Museo Nazionale di Arte, Architettura e Design, Oslo, 1893)

Allo stesso tempo, l'affermazione del primato economico in tutti gli aspetti della vita porta alla necessità di costruire una nuova immagine. Le considerazioni economiche portano alla ribalta un'immagine del corpo che risponde a nuovi bisogni. L'immagine corporea inizia a essere costruita secondo criteri che corrispondono alle esigenze della società industriale. I modelli di corpo che vengono promossi hanno caratteristiche flessuose, atletiche, vigorose, in grado di

garantire una maggiore efficienza produttiva. Il concetto di bellezza perde le sue connotazioni morali - anche se gli standard di bellezza continuano a trasmettere un messaggio simile a quello della "kalokagathia" proprio della civiltà dell'antica Grecia - e corrisponde piuttosto a principi di efficienza economica. Il nuovo concetto di bellezza, tipico della società contemporanea, è espresso nella sua forma più pura da una nuova categoria sociale, la "diva":



Fig. 35 - *Dittico di Marilyn* (Tate Gallery, Londra 1962)

L'uomo diventa parte del sistema di produzione, con una doppia funzione: come mezzo di produzione e come consumatore, diventando schiavo della società a cui appartiene [29]. L'immagine del corpo diventa così un mezzo per affermare la visione del mondo sviluppata dalla società consumistica, che promuove un'immagine falsa e irraggiungibile. L'immagine creata dal fotografo italiano Oliviero Toscani, famoso per le sue campagne pubblicitarie in cui critica apertamente tutte le miserie del mondo contemporaneo, denuncia il problema dell'anoressia; per farlo, utilizza come modello una giovane donna affetta da questo disturbo alimentare (fig. 35).



Fig. 36 - Oliviero Toscani, *No Anorexia* (campagna di sensibilizzazione, 2007)

9. Conclusione

Al termine di questo lungo excursus cronologico, è risultato evidente che l'immagine del corpo umano rappresenta un archetipo. Ogni società, ogni cultura, indipendentemente dall'epoca storica o dallo spazio culturale in cui si è formata, ha costruito un'immagine di sé che è stata utilizzata come mezzo per esprimere la propria visione del mondo. L'epoca contemporanea non fa eccezione, poiché l'immagine corporea è diventata un mezzo, un vettore attraverso il quale vengono promossi e affermati i suoi valori fondamentali. Il presente approccio, quindi, diventa rilevante per comprendere e spiegare l'atteggiamento della cultura attuale nei confronti delle due realtà che si trova ad affrontare, ovvero l'obesità e l'anoressia, fenomeni non solo individuali, ma con un pesante carico sociale. La loro comprensione, anche da un punto di vista sociale e culturale, diventa quindi importante per qualsiasi intervento successivo e per un trattamento efficace.

Riferimenti

- [1] Eliade, M. "A History of Religious Ideas", 3 voll., Chicago - Londra, University of Chicago Press, 1982, vol. 2, "From Gauthama Buddha to the Triumph of Christianity", pag. 13.
- [2] Ibidem.
- [3] Antl-Weiser, W. "Le figurine antropomorfe di Willendorf", *Wissenschaftliche Mitteilungen aus dem Niederösterreichischen Landesmuseum*, St. Pölten, 2008, n. 19, pag. 19.
- [4] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", in Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basilea, Karger Publishers, 2008, pagina 271.
- [5] Haslam, D. "Obesity: a medical history", *Obesity Review*, vol. 8, Issue s1, marzo 2007, pagina 31.
- [6] Giddens, A. "Modernità e identità del sé", Cambridge, Polity Press 1991.

- [7] Nikityuk, E. "Kalokagathia: a una domanda sulla formazione di un'immagine della persona ideale nell'antichità e nel periodo moderno", *Studia Antiqua et Archaeologica*, Iași, 2019, n. 25(2), pagine 429-442.
- [8] Omero, "Iliade", II, 211-277.
- [9] Tobin, R. "The Canon of Polykleitos", *American Journal of Archaeology*, Chicago, 1975, vol. 79, n. 4, pagg. 307-321.
- [10] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", in Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basel, Karger Publishers, 2008, pagina 273.
- [11] Bianchi Bandinelli, R. "Roma. L'arte nel centro del potere. Dalle origini al II secolo d.C.", Milano, Rizzoli, 2005, pagine 104-106.
- [12] Platone, "Phaidon", in "Opere complete", vol. IV, București, Editura Științifică și Enciclopedică, 1983, pagine 51-140.
- [13] Le Goff, J. "Il corpo nel Medioevo", Laterza, Roma-Bari, 2005.
- [14] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", in Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basel, Karger Publishers, 2008, pagina 273.
- [15] Sebenico, S. "I mostri dell'Occidente medievale: fonti e diffusione di razze umane mostruose, ibridi ed animali fantastici", Università degli Studi di Trieste, Trieste, 2015.
- [16] Hobbes, T. "De Cive", Oxford, Clarendon Press, 1983, pag. 81.
- [17] Montanari, M. "La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione in Europa", Laterza, Roma-Bari, 1997.
- [18] Motta, G. "In bona salute de animo e de corpo. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia", FrancoAngeli, Milano, 2007.
- [19] Costa, P. "Immagini della sovranità fra medioevo ed età moderna: la metafora della verticalità", *Scienza & Politica*, Bologna, 2004, n. 31, pagg. 9-19.
- [20] Verger, J. "La Renaissance du XII^e siècle", Paris, Le Cerf, 1999.
- [21] Burckhardt, J. "La civiltà del Rinascimento in Italia", Sansoni, Firenze, 1955.
- [22] Huizinga, J. "Amurgul Evului Mediu", Editura Univers, București 1970.
- [23] García Martín, P. "Imágenes Paradisi. Historia de la percepción del paisaje en la Europa moderna", Caja Madrid, Madrid, 2000.
- [24] Romano, R. "L'Europa tra due crisi. XIV e XVII secolo", Einaudi, Torino, 1980.
- [25] Kant, I. "Una risposta alla domanda: Che cos'è l'illuminismo?", Königsberg, 1784 (<https://users.manchester.edu/Facstaff/SSNaragon/Online/texts/318/Kant,%20Enlightenment.pdf>).
- [26] Tygstrup, F. "Realismi: Images of the body in Balzac, Flaubert, and Proust", *Orbis Litterarum*, Danimarca, 2000, n. 55, pagine 463-480.
- [27] Trachtman, P. "Breve storia di Dada. La rivoluzione irriverente e chiassosa che ha tracciato la strada dell'arte del XX secolo", in "Smithsonian Magazine", maggio 2006 (<https://www.smithsonianmag.com/arts-culture/dada-115169154/>).
- [28] Anderson, M. "10 movimenti artistici modernisti", in "Enciclopedia Britannica", 7 marzo 2014 (<https://www.britannica.com/list/10-modernist-art-movements>).
- [29] Marcuse, H. "L'uomo a una dimensione", Einaudi, Torino, 1999.

Bibliografia

Libri

- [1] Bianchi Bandinelli, Ranuccio, *Roma. L'arte nel centro del potere*, Milano, Rizzoli, 2005.
- [2] Burckhardt, Jakob, *La civiltà del Rinascimento in Italia*, Firenze, Sansoni, 1955.
- [3] Burke, Peter, *Il Rinascimento europeo. Centri e periferie*, Roma - Bari, Laterza, 2009.
- [4] Corbin, Alain, Courtine, Jean-Jacques, Vigarello, Georges (coord.), *Istoria corpului*, 3 voll., București, Art, 2008.
- [5] Eco, Umberto, *Storia della bellezza*, Milano, Bompiani, 2012.

- [6] Eco, Umberto, *Storia della bruttezza*, Milano, Bompiani, 2007.
- [7] Eliade, Mircea, *A History of Religious Ideas*, 3 voll., Chicago - Londra, University of Chicago Press, 1982.
- [8] García Martín, Pedro, *Imagines Paradisi. Historia de la percepción del paisaje en la Europa moderna*, Madrid, Caja Madrid, 2000.
- [9] Garin, Eugenio (a cura di), *L'uomo del Rinascimento*, Roma - Bari, Laterza, 2017.
- [10] Giddens, Anthony, *Modernità e identità del sé*, Cambridge, Polity Press, 1991.
- [11] Gilman, Sander L., *Diets and Dieting. A Cultural Encyclopedia*, New York - Londra, Routledge, 2007.
- [12] Gilman, Sander L., *Fat Boys. A Slim Book*, Lincoln - Londra, University of Nebraska Press, 2004.
- [13] Gilman, Sander L., *Fat. A Cultural History of Obesity*, Cambridge, Polity Press, 2008.
- [14] Gilman, Sander L., *Obesity. The Biography*, Oxford - New York, Oxford University Press, 2010.
- [15] Gilman, Sander L., *Picturing Health and Illness. Images of Identity and Difference*, Baltimora - Londra, The Johns Hopkins University Press, 1995.
- [16] Haslam, David & Haslam, Fiona, *Fat, Gluttony and Sloth: Obesity in Literature, Art and Medicine*, Liverpool, Liverpool University Press, 2009.
- [17] Haslam, David W., Sharma, Arya M., le Roux, Carel W. (eds.), *Controversies in Obesity*, London, Springer, 2014.
- [18] Hauser, Arnold, *Sociologia dell'arte*, Torino, Einaudi, 1977.
- [19] Hauser, Arnold, *Storia sociale dell'arte*, Torino, Einaudi, 2003.
- [20] Hobbes, Thomas, *De Cive: la versione latina*, Oxford, Oxford University Press, 1983.
- [21] Huizinga, Johan, *Amurgul Evului Mediu*, București, Editura Univers 1970.
- [22] Le Goff, Jacques (a cura di), *L'uomo medievale*, Roma - Bari, Laterza, 2006.
- [23] Le Goff, Jacques, *Il corpo nel Medioevo*, Roma - Bari, Laterza, 2005.
- [24] Le Goff, Jacques, Truong, Nicolas, *Une histoire du corps au Moyen Âge*, Paris, Éditions Liana Levi, 2017.
- [25] Marcuse, Herbert, *L'uomo a una dimensione*, Torino, Einaudi, 1999.
- [26] Montanari, Massimo, *La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione in Europa*, Roma - Bari, Laterza, 1997.
- [27] Motta, Giovanna (a cura di), *In bona salute de animo e de corpo. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia*, Milano, FrancoAngeli, 2007.
- [28] Motta, Giovanna (a cura di), *Cibo e cultura. Storia società comunicazione*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, 2017.
- [29] Omero, *Iliade*, Torino, UTET, 1998.
- [30] Platone, *Opere*, București, Editura Științifică și Enciclopedică, 1983.
- [31] Romano, Ruggiero, *L'Europa tra due crisi. XIV e XVII secolo*, Torino, Einaudi, 1980.
- [32] Schildgen, Brenda Deen, Zhou, Gang, Gilman, Sander L. (a cura di), *Other Renaissances. Un nuovo approccio alla letteratura mondiale*, New York, Palgrave MacMillan, 2006.
- [33] Sebenico, Sara, *I mostri dell'Occidente medievale: fonti e diffusione di razze umane mostruose, ibridi ed animali fantastici*, Trieste, Università degli Studi di Trieste, 2015.
- [34] Verger, Jacques, *La Renaissance du XII^e siècle*, Paris, Le Cerf, 1999.
- [35] Vigarello, Georges, *Le metamorfosi del grasso. Una storia dell'obesità*, New York, Columbia University Press, 2013.

Articoli scientifici

- [1] Antl-Weiser, Walpurga *Le figurine antropomorfe di Willendorf*, in "Wissenschaftliche Mitteilungen aus dem Niederösterreichischen Landesmuseum", n. 19, 2008, pp. 19-30.
- [2] Bradley, Mark, *Obesità, corpulenza ed emaciazione nell'arte romana*, in "Papers of the British School at Rome". Vol. 79, novembre 2011, pp. 1-41.

- [3] Caballero, Benjamin, *L'epidemia globale di obesità: An Overview*, in "Epidemiologic Review", vol. 29, 2007, pp. 1-5.
- [4] Costa, Pietro, *Immagini della sovranità fra medioevo ed età moderna: la metafora della verticalità*, in "Scienza & Politica", vol. 16, nr. 31, 2004, pp. 9-19.
- [5] Ferrucci, Luigi *et alii*, *Obesità nell'invecchiamento e arte*, in "Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES", vol. 65A, nr. 1, 2010, pp. 53-56.
- [6] Haslam, David W., James, Philip T, *Obesità*, in "The Lancet", vol. 366, n. 9492, ottobre 2005, pp. 1197-1209.
- [7] Haslam, David, *Obesity: a medical history*, in "Obesity Review", vol. 8, Issue s1, marzo 2007, pp. 31-36.
- [8] Nikityuk, Elena, *Kalokagathia: a una domanda sulla formazione di un'immagine della persona ideale nell'antichità e nel periodo moderno*, in "Studia Antiqua et Archaeologica", n. 25(2), 2019, pp. 429-442.
- [9] Pontius, Anneliese A., *Tipi di obesità nell'arte dell'età della pietra. A Study in Icono-Diagnosis*, in "Annals of the New York Academy of Sciences", vol. 499, nr. 1, giugno 1987, pp. 331-334.
- [10] Thomas, Cheryl D., *Stable vs Unstable Weight History, Body-image, and Weight Concern in Women of Average Body Weight*, in "Psychological Reports", n. 68, 1991, pp. 491-499.
- [11] Tobin, Richard, *The Canon of Polykleitos*, in "American Journal of Archaeology", vol. 79, n. 4, 1975, pp. 307-321.
- [12] Tygstrup, Frederik, *Realismi: Immagini del corpo in Balzac, Flaubert e Proust*, in "Orbis Litterarum", n. 55, 2000, pp. 463-480.
- [13] Woodhouse, Rosalind, "Obesity in Art - A Brief Overview", in Korbonits, Márta (ed.), *Obesity and Metabolism*, Basel, Karger Publishers, 2008, pp. 271-286.

Elenco delle figure

Fig. 1 - Venere di Willendorf (Naturhistorisches Museum, Vienna), Licenza GNU per documentazione libera CC BY 2.5, Mathias Kabel http://www.nhm-wien.ac.at/NHM/Prehist/Homepage_PA_E.html

Fig. 2 - Pitture rupestri con episodi di caccia (Grotta dei Cavalli a Valltorta, Spagna), Pubblico dominio, <https://tinyurl.com/yc3amepr>

Fig. 3 - La bandiera di Ur (British Museum, Londra, Pubblico dominio, https://en.wikipedia.org/wiki/Standard_of_Ur#/media/File:Standard_of_Ur_-_War.jpg).

Fig. 4 - Stella di Naram-Sin (Museo del Louvre, Parigi), CC BY-SA 3.0 FR, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Victory_stele_of_Naram_Sin_9068.jpg

Fig. 5 - Bassorilievo con Sargon II e un dignitario (British Museum, Londra) Pubblico dominio, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sargon_II_and_dignitary.jpg#/media/File:Sargon_II_and_dignitary.jpg

Fig. 6 - Il canone egizio e il sistema di rappresentazione <https://www.studiarapido.it/wp-content/uploads/2017/11/canone-egizio1.jpg>

Fig. 7 - Statua di Kaaper (Museo Egizio del Cairo), CC BY-SA 4.0, <https://tinyurl.com/y3cps9ec>

Fig. 8 - Sarkofago di Aurelia Botania Demetria (particolare; Museo Archeologico di Antalya, Turchia), Attribuzione-Condividi allo stesso modo 2.5 Generico (CC BY-SA 2.5) https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Antalya_Museum_-_Sarkophag_5a_Achilles_schl%C3%A4gt_Thersites.jpg

Fig. 9 - Kouros di New York (The Metropolitan Museum of Art, New York), Pubblico dominio, <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/253370>

Fig. 10 - Acropoli Kore (Museo dell'Acropoli, Atene),

<https://www.theacropolismuseum.gr/en/statue-kore-12>

Fig. 11 - Laocoonte e i suoi figli (Musei Vaticani, Roma) - Pubblico dominio Museo Pio-Clementino, Vaticano.

https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_nude_in_art#/media/File:Laocoon_Pio-Clementino_Inv1059-1064-1067.jpg

Fig. 12 - Sarcofago degli sposi (Museo Nazionale Etrusco di Villa Giulia, Roma), CC BY-SA 4.0,

https://en.wikipedia.org/wiki/Sarcophagus_of_the_Spouses#/media/File:Sarcophagus_of_the_Spouses_from_Villa_Giulia_in_Rome.jpg

Fig. 13 - Colonna Traiana a Roma (particolare), Licenza GNU per documentazione libera,

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Relief_Kolumna_Trajana.jpg

Fig. 14 - La statua colossale dell'imperatore Costantino I (Musei Capitolini, Roma), CC BY-SA 2.0,

https://en.wikipedia.org/wiki/Colossus_of_Constantine#/media/File:Constantine's_head_at_capitoline_-_Flickr_-_cking.jpg

Fig. 15 - Alberto Sotio, Crocifisso (Duomo di Spoleto, 1187) Attribuzione 3.0 Unported (CC BY 3.0),

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Alberto_sotio_crocifisso_del_duomo_di_spoleto,_1187,_01.jpg

Fig. 16 - Cimabue, Crocifisso (Chiesa di Santa Croce, Firenze, 1287-1288), CC BY-SA 4.0,

https://en.wikipedia.org/wiki/Crucifix_%28Cimabue,_Santa_Croce%29#/media/File:Crucifix._Cimabue._Santa_Croce_before_1966.jpg

Fig. 17 - Giotto, Crocifisso (Chiesa di Santa Maria Novella, Firenze, 1290-1300), Pubblico dominio,

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Giotto_the-crucifix-1290-1300_Florence,_Santa_Maria_Novella.jpg

Fig. 18 - Leonardo da Vinci, L'uomo vitruviano (Gallerie dell'Accademia, Venezia, 1490 circa),

Pubblico dominio, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Uomo_Vitruviano.jpg

Fig. 19 - Masaccio, Adamo ed Eva banditi dal Paradiso (Cappella Brancaccio, Chiesa di Santa Maria del Carmine, Firenze, 1424-1425) Pubblico dominio,

https://en.wikipedia.org/wiki/Expulsion_from_the_Garden_of_Eden#/media/File:Masaccio-TheExpulsionOfAdamAndEveFromEden-Restoration.jpg

Fig. 20 - Sandro Botticelli, La nascita di Venere (Galleria degli Uffizi, Firenze, 1485 circa) crediti

Daniela Parenti, <https://www.uffizi.it/en/artworks/birth-of-venus>

Fig. 21 - Michelangelo Buonarroti, La Pietà (Basilica di San Pietro, Vaticano, 1497-1499),

Attribuzione-Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale (CC BY-SA 4.0),

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Michelangelo%27s_Piet%C3%A0,_St_Peter%27s_Basilica_%281498%E2%80%931499%29.jpg

Fig. 22 - Michelangelo Buonarroti, Pietà Rondanini (Castello Sforzesco, Milano, 1564),

Attribuzione-Condividi allo stesso modo - Partajare în Condiții Identice 3.0 Non adattato (CC BY-SA 3.0), https://ro.m.wikipedia.org/wiki/Fi%C8%99ier:Michelangelo_piet%C3%A0_rondanini.jpg

Fig. 23 - Ercole e Caco (Parco dei Mostri, Bomarzo, Italia) CC0 1.0 Universale (CC0 1.0)

Dedica di pubblico dominio, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hercules_and_Cacus_-_Parco_dei_Mostri_-_Bomarzo,_Italy_-_DSC02619.jpg

Fig. 24 - Giuseppe Arcimboldo, Rodolfo II, rappresentato come dio Vertumnus (Castello di Skokloster, Stoccolma, 1591), Pubblico dominio,

<https://tinyurl.com/392bs8nw>

Fig. 25 - Caravaggio, Giuditta che decapita Oloferne (Palazzo Barberini, Roma, 1598)
Attribuzione-Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale (CC BY-SA 4.0)
https://en.wikipedia.org/wiki/Judith_Beheading_Holofernes_%28Caravaggio%29#/media/File:Judith_Beheading_Holofernes_-_Caravaggio.jpg

Fig. 26 - Diego Velázquez, Las Meninas (Museo del Prado, Madrid, 1656 circa), Pubblico dominio,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Las_Meninas_by_Diego_Vel%C3%A1zquez,_from_Prado_in_Google_Earth.jpg

Fig. 27 - Rembrandt, La lezione di anatomia del dottor Nicolaes Tulp (Mauritshuis, L'Aia, 1632), Pubblico dominio
https://en.wikipedia.org/wiki/The_Anatomy_Lesson_of_Dr._Nicolaes_Tulp#/media/File:Rembrandt_-_The_Anatomy_Lesson_of_Dr_Nicolaes_Tulp.jpg

Fig. 28 - Jacques-Louis David, Giuramento degli Orazi (Museo del Louvre, Parigi, 1785), Pubblico dominio,
https://en.wikipedia.org/wiki/Oath_of_the_Horatii#/media/File:%22Oath_of_the_Horatii%22_by_Jacques-Louis_David.jpg

Fig. 29 - Francisco Goya, Il sonno della ragione produce mostri (Museo del Prado, Madrid, 1799 circa), Pubblico dominio, <https://tinyurl.com/4ypa5cxy>

Fig. 30 - Edgar Degas, Il bevitore di assenzio (Museo d'Orsay, Parigi, 1875-1876), Pubblico dominio, https://en.wikipedia.org/wiki/L%27Absinthe#/media/File:Edgar_Degas_-_In_a_Caf%C3%A9_-_Google_Art_Project_2.jpg

Fig. 31 - Henri de Toulouse-Lautrec, La Toilette (Museo d'Orsay, Parigi, 1889), Pubblico dominio,
https://en.wikipedia.org/wiki/La_Toilette_%28Toulouse-Lautrec%29#/media/File:Henri_de_Toulouse-Lautrec_-_Rousse_-_Google_Art_Project.jpg

Fig. 32 - Vincent Van Gogh, Autoritratto (Museo d'Orsay, Parigi, 1889), Pubblico dominio,
https://ro.m.wikipedia.org/wiki/Fi%C8%99ier:Self-Portrait_%28Van_Gogh_September_1889%29.jpg

Fig. 33 - Charlie Chaplin, Tempi moderni (SUA, 1936), Pubblico dominio,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chaplin_-_Modern_Times.jpg

Fig. 34 - Edvard Munch, L'urlo (Museo Nazionale di Arte, Architettura e Design, Oslo, 1893), Pubblico dominio,
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edvard_Munch_-_The_Scream_-_NG.M.00939_-_National_Museum_of_Art,_Architecture_and_Design.jpg

Fig. 35 - Dittico di Marilyn 1962 (Tate Gallery), Fair use,
https://en.wikipedia.org/wiki/Marilyn_Diptych#/media/File:Marilyndiptych.jpg

Fig. 36 - Oliviero Toscani, No Anorexia (campagna di sensibilizzazione, 2007) <https://kongres-magazine.eu/2019/10/oliviero-toscani-in-the-city-of-design/oliviero-toscani-no-anorexia-2007/>

**AREA II - PROSPETTIVE UMANE SULL'OBESITÀ E SUI DISORDINI
ALIMENTARI (ED)**

1. Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (ED) nella Repubblica Ceca

Lukas Merz¹, Hana Stritecka²

¹Università Palacký di Olomouc, Repubblica Ceca

²Università della Difesa, Hradec Králové, Repubblica Ceca

Abstract: *Gli obiettivi di questo testo sono due: il primo è quello di esaminare i dati attuali relativi al peso anormale e ai disturbi alimentari nella Repubblica Ceca e mostrare le tendenze nelle misure della popolazione. Il secondo è fornire una panoramica del dibattito pubblico sull'immagine corporea e sui disturbi alimentari e su come viene presentato nei media e nello spazio pubblico. Vengono presentati due studi: uno tra gli operatori sanitari e l'altro tra gli adolescenti e i giovani adulti. Due podcast che trattano dell'immagine corporea e dei disturbi alimentari, uno dal punto di vista delle donne e l'altro da quello degli uomini, servono a illustrare le tendenze della società ceca e il dibattito che questo tema suscita tra donne e uomini.*

1.1 Dati attuali

Questa sezione offre in breve i dati attuali sulla prevalenza di persone in sovrappeso e obese nella Repubblica Ceca e le tendenze che vengono colte nei dati statistici. È importante tenere a mente questi numeri e queste tendenze quando si discute dell'impatto dei media digitali sulla società minacciata da un'epidemia di obesità e dall'aumento del numero di persone con disturbi alimentari. Numeri più dettagliati sono inclusi nell'area 3 del Manuale.

I seguenti dati provengono dall'indagine europea sulla salute (EHIS) condotta nel periodo 2018-2020 e che ha coinvolto persone di età superiore ai 15 anni. Il 18,5% dei cechi soffre di obesità, ovvero il 20% degli uomini e il 18% delle donne dell'intera popolazione. Il 47% degli uomini e il 33% delle donne sono leggermente in sovrappeso. Il valore medio dell'IMC (indice di massa corporea) degli abitanti della Repubblica Ceca ha raggiunto 25,2, appena al di sopra del limite superiore di un peso normale e sano. Questo valore è simile a quello della Slovenia, ad esempio, ma il tasso di obesità è più alto, sia tra le donne che tra gli uomini.

Il peso è legato al movimento sano e a una dieta equilibrata. Le attività fisiche del tempo libero, come lo sport e il fitness, tra le altre, hanno un effetto sulla condizione di ognuno di noi. I risultati dell'indagine campionaria sono stati allarmanti a questo proposito: il 40% degli adulti cechi non pratica alcuno sport o attività fisica ricreativa. Il movimento fisico è più vicino agli uomini, che vi dedicano in media 3,6 ore a settimana, mentre le donne solo 3,2 ore. Le donne si preoccupano più della dieta che dell'esercizio fisico. L'aspetto positivo è che oltre il 21% delle donne mangia frutta due o più volte al giorno. Solo il 12% degli uomini la consuma in questa misura. Le donne superano di gran lunga gli uomini anche nel consumo di verdura.

Nel contesto europeo, nel 2014 la Repubblica Ceca si è classificata al 7th posto tra i Paesi europei con il 18,8% di popolazione obesa.[1] Nelle statistiche del 2019, la quota di popolazione in sovrappeso (IMC superiore a 25) ha raggiunto il 60% della popolazione ceca nella fascia di età 18+ e il Paese si è classificato al 3rd posto tra gli altri Paesi europei.[2] Ciò significa che sei persone su dieci sono in sovrappeso e una su cinque soffre di un certo grado di obesità (IMC > 30).

L'aspetto interessante è che per le donne è strettamente correlato al livello di istruzione raggiunto o al contesto socioeconomico, che è legato all'istruzione.[3] C'è una differenza di 20 punti percentuali tra le studentesse universitarie ceche e le donne con un'istruzione di base. Il

38% delle donne con una laurea è in sovrappeso, mentre il 58% delle donne con un'istruzione di base è in sovrappeso. I dati indicano chiaramente che esiste una correlazione negativa tra il livello ISCED raggiunto e la percentuale di persone in sovrappeso. Questo è il motivo per cui l'educazione e la sensibilizzazione sono necessarie, nonostante la convinzione generale che le donne prestino più attenzione al peso corporeo rispetto agli uomini. Negli uomini non c'è una chiara connessione tra livello di istruzione e sovrappeso, e le differenze nella prevalenza del sovrappeso in base al livello di istruzione sono generalmente molto più ridotte rispetto alle donne.

Le statistiche più allarmanti mostrano un aumento generale dell'obesità infantile. Se nel 1991 il 7% dei bambini ceca era in sovrappeso e il 3% era considerato obeso, nel 2001 i bambini in sovrappeso erano il 9% e quelli obesi il 6%. Ciò significa che il numero è raddoppiato in un decennio. [4] Se si considerano i dati più recenti, risalenti al 2014, si nota un aumento di due volte del numero di persone in sovrappeso nella Repubblica Ceca, nell'ambito dell'intero spettro della popolazione, a partire dal 1991. Ciò dimostra che il numero di bambini obesi è raddoppiato nella popolazione infantile ceca. Un bambino su quattro era in sovrappeso durante l'infanzia e un bambino su sette era obeso. [5] Ci sono prove sufficienti che l'età in cui si sviluppa l'obesità gioca un ruolo fondamentale. Un IMC più elevato all'età dell'adolescenza è fortemente legato allo sviluppo di problemi di salute legati all'obesità in età più avanzata. Un IMC più elevato nella prima età adulta (25-40 anni) comporta un rischio maggiore di complicazioni rispetto a un IMC più elevato in età più avanzata. In altre parole, più precocemente si sviluppa l'obesità, maggiore è il rischio e la gravità delle complicazioni che ne derivano.

La tendenza ventennale del numero di bambini in sovrappeso, verificata statisticamente con il test di tendenza di Armitage, è aumentata significativamente sia nelle bambine che nei bambini. Fanno eccezione i bambini di cinque anni, la cui prevalenza di sovrappeso/obesità è rimasta stabile negli ultimi vent'anni e tra il 2011 e il 2016 è addirittura diminuita. Le tendenze variano leggermente tra le altre fasce d'età e gli anni, ma la tendenza generale è allarmante. Negli adolescenti (17 anni), la presenza di sovrappeso/obesità è stata monitorata dal 2001, con un aumento significativo osservato tra il 2006 e il 2011 [6]. Altri studi confermano i numeri preoccupanti [7] e la conclusione è che la tendenza all'aumento degli ultimi anni tra i bambini è stata accelerata dalle chiusure di Covid, dalla mancanza di sport e da abitudini alimentari inappropriate. La tabella 1 mostra la tendenza nei bambini (fino a 18 anni), la percentuale è riferita all'intera popolazione. Dimensione del campione 4386 bambini.

anno	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021
sovrappeso	7.0 %	5.3 %	5.8 %	7.2 %	7.8 %	7.5 %	9.6 %
obeso	3.0 %	5.5 %	7.4 %	7.8 %	10.2 %	10.3 %	16.4 %

Tabella 1 [8].

A onor del vero, va detto che la prevalenza dell'obesità sta aumentando significativamente anche nella categoria di età 50-69 anni.[9] La Repubblica Ceca mostra un rapido aumento dei casi di obesità tra il 2007 e il 2015 (ad esempio, tra gli uomini, il numero è passato dal 23% nel 2007 al 35% nel 2015). Questi numeri maggiori sono cresciuti più velocemente anche rispetto ad altri Paesi europei. Gli studi non rispondono all'importante domanda su quale sia esattamente la causa della tendenza sopra descritta. È una conseguenza della crescita economica? Si tratta di un cambiamento nello stile di vita o di una tendenza alla riduzione dell'attività fisica? C'è un cambiamento nella norma sociale riguardo all'obesità?

I dati sui disturbi alimentari sono più difficili da reperire. A differenza delle registrazioni antropometriche, i disturbi alimentari sono registrati con codici diagnostici (6B80-6B8Z) e rientrano in una categoria di malattie della salute. Nel 2017, sono stati trattati 3.731 pazienti ambulatoriali con ED e 454 sono stati ricoverati in reparti psichiatrici. Nel 2020, un totale di 5.167 persone sono state trattate per ED in ambulatorio e ci sono stati 606 ricoveri. L'aumento decennale del numero di casi è di circa il 15%. Il numero di pazienti è aumentato maggiormente

tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni. Nel 2020 sono stati trattati 1.093 di loro, un numero superiore di ben l'89% rispetto al 2010. La maggior parte dei pazienti, l'87%, erano donne e ragazze. L'alta mortalità supera il 10%. I pazienti muoiono a un'età media di 25 anni. La mortalità è doppia rispetto ad altre diagnosi psichiatriche e dieci volte superiore a quella della popolazione generale. Il rischio di suicidio aumenta fino a 200 volte. La durata media della malattia è di 6 anni, ma un terzo dei pazienti ha un decorso cronico che dura da 20 a 30 anni fino alla morte prematura. In un'indagine condotta nel 2011 e nel 2017, il maggior numero di casi ospedalizzati è stato registrato tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni, ma l'aumento più rapido tra il 2011 e il 2017 si è registrato nella categoria di età 10-14.[10]

È stato inoltre riportato che la pandemia di covirus ha avuto un effetto negativo sul numero di nuovi casi: il tempo trascorso a casa, con un'attività fisica limitata, in cui il reale isolamento sociale è stato compensato dai social network e dai blog ha fatto sì che un maggior numero di giovani iniziasse a paragonarsi alle star del cinema e alle celebrità dei media.

1.2 Il culto della bellezza

Nelle società occidentali sviluppate, il successo, la felicità, la giovinezza e l'accettazione sociale sono generalmente associati alla magrezza. Il sovrappeso è sinonimo di inattualità fisica, pigrizia, mancanza di volontà e di controllo.[11] Per le donne, l'ideale è essere magre e belle. Per gli uomini, l'ideale è un corpo muscoloso e definito. La non conformità a questi ideali ha una serie di conseguenze sociali negative. Molte persone non sono geneticamente predisposte alla magrezza, quindi devono impegnarsi per ottenerla con la dieta e l'esercizio fisico. La società odierna tratta chi non è bello e magro con pregiudizio, come dimostra la ricerca di Sarah Grogan. È stato dimostrato che alle persone in sovrappeso vengono attribuiti stereotipi negativi come insoddisfazione, bassa autostima, pigrizia, risentimento, mancanza di autocontrollo, ecc. Le persone obese sono quindi spesso stigmatizzate e lo stigma dell'obesità è tra i meno tollerati dal resto della società. Il culto della magrezza muove letteralmente il mondo intero.

Non sorprende quindi che la popolazione odierna si concentri eccessivamente sul proprio aspetto, mettendo da parte gli altri obiettivi, come l'istruzione, la carriera, la costruzione di una famiglia, le relazioni con gli amici, ecc. Purtroppo, spesso si pone l'accento sull'aspetto di una persona piuttosto che sul suo carattere e sulla sua individualità. Invece di guardarci intorno per vedere come appare il mondo, ci interessiamo solo a come appariamo al mondo. Il corpo è considerato la parte più visibile della nostra identità e come tale, attraverso i cosiddetti regimi corporei (principalmente nell'ambito del consumo di cibo e della salute), diventa parte di un progetto di vita riflessivo. Diventa così aperto alla trasformazione attiva, soprattutto attraverso ciò che offre il mercato dei consumi. E poiché si ritiene che i consumatori abbiano a disposizione tutti i mezzi per creare un corpo di successo, cioè quasi ideale, se non raggiungono questo obiettivo sono personalmente responsabili di tale mancanza. Il corpo diventa così un indicatore del livello di autocontrollo (visto come indicatore di qualità morali) del suo proprietario. Viene considerato come la cosa più preziosa che abbiamo, come oggetto di prestigio e di valutazione da parte degli altri, come mezzo di comunicazione e oggetto di cure necessarie.

È stato dimostrato che le principali conseguenze negative del culto della magrezza includono i disturbi alimentari, che minacciano i giovani di tutte le classi sociali, indipendentemente dal livello di istruzione e dal luogo di residenza. I Paesi occidentali sviluppati stanno attualmente affrontando un'epidemia di problemi legati alla propaganda mediatica della magrezza irraggiungibile.

Il principale paradosso dell'attuale ideale di bellezza è che la figura idealizzata ritratta dai media è costantemente dimagrita dall'avvento dell'era dei modelli di moda, mentre la popolazione ingrassa a causa delle malattie della civiltà, del fast food, delle pressioni sociali e delle diete malsane. La diffusione dei problemi correlati è causata anche dalla maggiore disponibilità di media e dalla facilitazione della comunicazione via Internet, da cui ogni giorno ci

arrivano migliaia di articoli e foto di celebrità emaciate. Purtroppo, molte persone non si rendono conto che modelle, attrici, attori e cantanti trascorrono diverse ore al giorno in palestra e seguono diete ferree solo per rimanere magri e apparire bene sullo schermo. Dietro il loro aspetto c'è un intero team di parrucchieri, truccatori, stilisti, personal trainer, nutrizionisti, e le loro foto perfette sono realizzate da un grafico esperto che sa ritoccare. Per la persona media, l'ideale di bellezza di oggi è irraggiungibile. La società contemporanea insegue costantemente questo ideale. Il vuoto creato dal divario tra l'ideale e la realtà è spesso causa di bassa autostima, senso di inferiorità, depressione e disturbi alimentari.

1.3 L'impatto della tecnologia digitale

L'influenza delle tecnologie digitali, soprattutto sulle giovani generazioni, è in costante aumento. L'accesso a un'ampia gamma di contenuti può, soprattutto negli individui con una maggiore sensibilità e suscettibilità alle influenze esterne, causare un disturbo alimentare in relazione al sempre più discusso culto della magrezza. Molti studi hanno confermato che gli individui con una maggiore predisposizione a queste patologie sono molto sensibili alle immagini idealizzate del corpo umano, ai media online e alle comunità che cercano di presentare questo ideale come stile di vita. Tuttavia, in relazione a questo impatto negativo, ci sono anche altri studi che indagano sulla possibilità di trattare o attenuare i disturbi alimentari, proprio attraverso i media digitali, ad esempio applicazioni o programmi di auto-trattamento.

Il punto di vista dei professionisti

In uno studio del 2018 intitolato *Professionals' Reflections About the Impact of Digital Technologies on Eating Disorders (Riflessioni dei professionisti sull'impatto delle tecnologie digitali sui disturbi alimentari)*, gli autori hanno analizzato come l'influenza delle tecnologie digitali si rifletta sui pazienti affetti da uno dei disturbi alimentari.[11] Gli autori Michal Čeveliček, Martina Šmahelová e David Šmahel hanno condotto 30 interviste con esperti cechi che lavorano regolarmente con clienti affetti da disturbi alimentari. L'analisi qualitativa è stata suddivisa in 4 aree. Lo studio analizza gli attributi della tecnologia che hanno un impatto diretto sui pazienti che soffrono di disturbi alimentari, nonché le caratteristiche specifiche della personalità di questi pazienti che influenzano la loro interazione con le tecnologie digitali. Infine, lo studio si concentra sui rischi e sui benefici dell'uso delle tecnologie digitali da parte di individui psicologicamente squilibrati. I risultati sono discussi in relazione al modello teorico di Rodgers che spiega le relazioni tra i disturbi alimentari e l'uso delle tecnologie digitali.[13]

Rodgers descrive la relazione tra Internet, i social network, l'immagine corporea e i disturbi alimentari utilizzando una combinazione di cinque teorie: socioculturale, identità sociale, soddisfazione, impressione e oggettivazione personale. Questo modello descrive tre livelli di interazione con Internet e i social media. Il primo livello descrive le reti e i social media come "non partecipativi", ovvero non interagiscono in alcun modo con i loro utenti. Da questo punto di vista, i disturbi alimentari possono essere causati dalla generale prevalenza del culto della magrezza e dalla possibilità di confrontare le presentazioni personali del corpo.

Il secondo livello descrive invece le reti come uno spazio di comunicazione e interazione con gli altri. La presentazione del proprio corpo è influenzata e in parte formata dall'espressione degli utenti che si iscrivono agli stessi contenuti o operano sulla stessa piattaforma mediatica. Tali commenti costringono l'utente a controllare e monitorare costantemente il proprio corpo in relazione all'ideale di bellezza, in questo caso il culto della magrezza. L'esito frequente di queste condizioni è una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo e un aumento dei sintomi dei disturbi alimentari. Questi commenti ed espressioni dirette costringono l'utente a rappresentare il proprio sé ideale, che però in molti casi è visivamente diverso dal vero sé, e quindi questo ideale non può essere raggiunto altrove se non nel mondo o nell'ambiente online. Questo confronto tra il sé ideale e quello reale provoca nelle persone tensione e ansia, soprattutto

perché l'aspetto reale è considerato non sufficientemente attraente. I tentativi di raggiungere l'ideale si concretizzano in diete ferree e attività fisica eccessiva, che in molti casi sfociano nuovamente in un disturbo alimentare.

Il terzo livello descrive Internet come uno strumento grazie al quale gruppi specifici interessati principalmente al peso e all'immagine corporea possono comunicare meglio con altri utenti e modificare i contenuti presentati. Tali gruppi possono invitare altri gruppi specifici a sottoscrivere i contenuti, ad esempio i cosiddetti pro-ana (termine che indica i contenuti creati da individui affetti da anoressia nervosa), pro-mia (contenuti creati da e per individui affetti da bulimia nervosa), blogger e altri. Questo ambiente online è ideale per rafforzare e confermare le idee e le opinioni sul proprio aspetto fisico, grazie alla comunicazione regolare tra i singoli utenti. La condivisione di un atteggiamento di vita simile crea un'illusione di approvazione e accettazione da parte del mondo esterno, che alla fine può portare alla conferma e all'accettazione del disturbo alimentare come parte della propria identità.

Gli studi dimostrano che l'osservazione troppo frequente di rappresentazioni idealizzate di figure umane aumenta l'aggressività, suscita un sentimento di rabbia e insoddisfazione e, non da ultimo, riduce significativamente la fiducia in se stessi. Ancora più suscettibili sono gruppi specifici di persone che soffrono di sovrappeso o obesità, persone che cercano un ideale di bellezza nel culto della magrezza e individui con bassa autostima. Questo campione mostra un aumento sia lieve che significativo dell'umore depressivo e dell'insoddisfazione corporea, soprattutto a causa della visione frequente di contenuti che ritraggono la magrezza estrema. In generale, attraverso Internet e i social network, le persone hanno la possibilità di confrontarsi direttamente, aumentando così il rischio di malattie per sé e per gli altri.

Come già accennato, la tecnologia può avere un effetto negativo non solo sullo sviluppo e sul trattamento di malattie simili. Gli studi dimostrano che l'uso della tecnologia può ridurre il senso di vergogna che spesso provano le persone affette da disturbi alimentari. Inoltre, aumenta l'accesso a varie forme di aiuto, cercando ed eventualmente indirizzando le persone colpite. L'uso di tecnologie e applicazioni moderne finalizzate all'auto-aiuto influisce positivamente sul trattamento ed è quindi considerato un gradito valore aggiunto e un'attività da parte del paziente. Studi altrettanto mirati dimostrano che la percentuale di risultati positivi del trattamento è la stessa sia per l'uso della tecnologia che per il contatto faccia a faccia. I gruppi di terapia online condotti da esperti mostrano un aumento dei risultati positivi, soprattutto nell'ambito della diffusione della prevenzione o dei metodi di recupero dalle malattie. In alcuni casi, anche i gruppi pro-ana possono essere visti come positivi, il che può descrivere meglio la lotta con una malattia stigmatizzata e con l'auto-rappresentazione come tale.

Tuttavia, queste opinioni variano a seconda delle pubblicazioni scientifiche. L'opinione secondo cui l'impatto della tecnologia sul trattamento delle malattie è negativo ha sempre più sostenitori rispetto a quella secondo cui l'impatto è positivo. I suddetti benefici della tecnologia sono visti come una maschera superficiale che in realtà rafforza il disturbo alimentare e impedisce la ricerca di aiuto e la guarigione. La partecipazione a questi gruppi dà agli utenti un senso di appartenenza e di sostegno di cui hanno bisogno, dando però l'impressione che tale culto non sia una malattia.

Tra le variabili che influenzano il comportamento specifico dei pazienti nei confronti delle tecnologie digitali vi sono l'anonimato, la libertà di scelta e la presenza costante del mezzo. Secondo gli esperti, l'anonimato online permette ai pazienti che soffrono di un disturbo alimentare di essere molto più aperti, cioè di condividere molte più informazioni sul loro comportamento e sulle loro abitudini rispetto alla "vita reale". Da un lato, l'anonimato può consentire ai pazienti di condividere la vera natura del loro disturbo, rendendo più facile la ricerca di aiuto. Dall'altro lato, i comportamenti di disturbo possono diffondersi più facilmente e rapidamente, grazie alla maggiore sicurezza che l'anonimato del mondo online certamente comporta. La libertà di scelta permette di trovare informazioni e comunità online che supportano sia i comportamenti sani che quelli disordinati. È quindi molto più facile mantenere

abitudini alimentari non salutari in un ambiente online, mentre l'interazione offline è nella maggior parte dei casi finalizzata alla cura della malattia.

Uno dei principali attributi delle tecnologie digitali che contribuisce alla loro influenza negativa è l'accesso quasi costante e illimitato, che consente interazioni molto più intense con l'ambiente online e allo stesso tempo fornisce possibilità molto limitate di supervisione di queste interazioni.

Cosa dice il pubblico

Un tema simile, riguardante la bellezza dei media e l'effetto sui consumatori, ma visto dalla prospettiva del pubblico, è al centro di un recente sondaggio online [14]. Il campione era composto da 216 intervistati, per lo più di età compresa tra i 15 e i 25 anni e con un'istruzione secondaria completa. L'autore ha suddiviso il campione in due gruppi: F1 - donne con esperienza di DE, F2 - donne senza storia di DE, M1 - uomini con storia di DE e M2 - uomini senza storia di DE. Una delle ipotesi di lavoro era: le persone con DE sentono una maggiore pressione da parte dei media sulla loro immagine corporea. C'erano anche quattro domande di ricerca secondarie: In che modo i media influenzano l'immagine corporea delle persone senza una storia di DE? In che modo i media influenzano l'immagine corporea delle persone con una storia di DE? In che modo l'idea dell'ideale di bellezza differisce tra persone con DE e persone senza DE? Quali tipi di media sono maggiormente coinvolti nella creazione e nello sviluppo della DE? Un'analisi qualitativa ha mostrato alcuni risultati interessanti

Le informazioni sulle diete e sul regime alimentare sono spesso tratte da Internet e dai nuovi media. È emerso chiaramente che la generazione più giovane sta provando diverse tendenze dietetiche, come il raw food, la dieta paleo, il digiuno intermittente, la dieta low-carb, ecc. Questo è strettamente legato alla domanda precedente: i giovani cercano ispirazione per le diete soprattutto su Internet. La notizia non del tutto positiva è che il 38% dei giovani al di sotto dei 19 anni sperimenta la dieta, il che è molto pericoloso dal punto di vista fisico e psicologico, dato che a quest'età la persona sta crescendo e maturando. C'è anche un numero sorprendente di diete sperimentate dai singoli intervistati, il che indica una costante insoddisfazione e uno sforzo per trasformare il corpo. L'influenza dei media, e in questo caso soprattutto di Internet, è quindi piuttosto evidente.

La parte successiva del questionario si è concentrata sulla percezione del proprio corpo. Si può concludere che solo il 10% del campione è soddisfatto della propria figura corporea. L'insoddisfazione relativa delle donne prevale soprattutto nel gruppo F1, fascia d'età 15-19 anni. L'89% delle ragazze di questo gruppo con una storia di DE è completamente insoddisfatto del proprio corpo. Anche nel gruppo F2 la maggior parte delle donne è insoddisfatta, solo il 39% riferisce di essere pienamente o parzialmente soddisfatta. L'insoddisfazione prevale anche tra gli uomini, anche se nel gruppo M2 c'è un rapporto di 56% e 45% di soddisfazione. Si può quindi concludere che l'immagine corporea nelle donne è peggiore rispetto agli uomini, peggiore nelle persone con DE, ma l'insoddisfazione relativa per il proprio corpo prevale sulla soddisfazione relativa, indipendentemente dall'esperienza personale con la DE.

La parte successiva del questionario ha indagato quali media relativi alla cura del corpo seguono gli intervistati e come percepiscono l'immagine mediatica della bellezza ideale. Le risposte mostrano che le persone sono più attive sui social network, cioè su profili mirati e su gruppi motivazionali. È interessante notare che, confrontando i gruppi F1 e F2, i valori relativi ai singoli tipi di media sono praticamente gli stessi. Tuttavia, a differenza degli uomini, le donne seguono maggiormente i blog personali incentrati su uno stile di vita sano (22,8% delle donne contro il 9,3% degli uomini), soprattutto il gruppo più giovane sotto i 25 anni, e leggono anche più spesso le riviste (8,4% contro 5,9%). Da un totale di 199 risposte, è emerso che la generazione più giovane segue le tendenze del fitness e dello stile di vita sano su Internet e sui social network, indipendentemente dalla loro esperienza con la DE.

La domanda successiva chiedeva se le persone pensassero che le immagini delle celebrità nei media e nelle pubblicità fossero realistiche. Possiamo osservare la stessa tendenza per tutti e quattro i gruppi di intervistati, tranne che per gli uomini M2, dove ognuno di loro ha risposto in modo diverso. Il 74% degli intervistati ritiene che le immagini delle celebrità nei media non siano realistiche, il 18% non ne è sicuro e solo l'8% ha detto di pensare che riflettano la realtà. Solo nel gruppo F2, la quota di risposte negative è significativamente predominante, altrimenti il rapporto relativo delle singole risposte nei gruppi non differisce molto. La maggior parte delle persone è quindi consapevole che la rappresentazione delle persone nei media è costruita, soprattutto grazie a varie tecnologie moderne e programmi informatici, come Adobe Photoshop. Alla domanda se i partecipanti considerano la rappresentazione di modelli e celebrità nei media innaturale e malsana, il 48% di loro pensa di sì, il 28% non è sicuro e il 24% non è d'accordo. Paradossalmente, le risposte contraddicono in parte la domanda precedente, in cui la maggior parte delle persone affermava di non trovare realistica la rappresentazione delle celebrità da parte dei media. Tuttavia, per questa domanda, una gran parte di loro non è sicura di cosa possa essere considerato reale, oppure ritiene che la rappresentazione delle celebrità non sia realistica, ma sana e naturale. Questo può anche portare a incertezza e confusione, che possono avere un impatto negativo sull'immagine corporea.

La domanda successiva chiedeva agli intervistati quale fosse l'influenza dei media sulla loro percezione della bellezza e del corpo. Più di tre quarti di loro pensano che i media abbiano un'influenza negativa su di noi a questo proposito. Il 9% pensa che abbiano un effetto positivo, il 9% non è sicuro e il resto dice che non hanno alcun effetto. Pertanto, la stragrande maggioranza delle persone è consapevole del fatto che i media hanno un certo effetto sulla nostra percezione della bellezza, ma, in base ai risultati della domanda precedente, non sa bene in che misura. È interessante notare che le ragazze della categoria F1 sono le più unanime a questo proposito - le donne che sono potenzialmente il gruppo più suscettibile in termini di rappresentazioni irrealistiche della bellezza e molto chiare sull'effetto negativo dei media sulla nostra percezione dell'immagine corporea e della bellezza. Questo illustra molto bene il paradosso che emerge dalle ricerche condotte: le persone sono consapevoli dell'influenza dell'immagine mediatica dell'ideale (irraggiungibile) di bellezza fisica, ma non sono sicure della natura di questa influenza. Spinge le persone a mangiare più sano e a dimagrire? Molto probabilmente no, visti i numeri dell'introduzione. La pressione esercitata dall'afflusso mediatico di persone magre, abbronzate, muscolose e in forma fa sì che il pubblico provi insoddisfazione, vergogna e senso di colpa che lo spingono a mangiare di più (o a non mangiare affatto)? La domanda successiva suggerisce una risposta.

Questa domanda si è concentrata sulla relazione tra l'osservazione di "belle persone" nei media e la propria immagine corporea negativa. Anche in questo caso si notano differenze tra donne e uomini e, in particolare, si osservano segnali di immagine corporea negativa nel gruppo F1, dove il 39% delle ragazze ha dichiarato di sentirsi "sempre" peggio con se stesse quando guarda modelle e celebrità. Per le donne del gruppo F2 prevale la risposta "per lo più", ma solo il 6% ha risposto "sempre" e c'è un 21% che non si sente mai male con se stesso in questo caso. In questo caso, gli uomini sembrano essere molto più resistenti a qualsiasi pressione, il che è correlato alla loro "immunità" nei confronti delle varie tendenze della moda, e raramente modificano il loro aspetto per adeguarsi a quello di una celebrità.

Una domanda si è concentrata sulle cause della DE. Secondo il 38% degli intervistati, la causa principale è una bassa autostima, che è la stessa percentuale indicata dagli intervistati con DE. È interessante considerare il desiderio di assomigliare ai modelli dei media come una possibile causa della DE. Le persone con DE non danno molta importanza a questo aspetto, ma piuttosto riferiscono il desiderio di perdere peso, soprattutto le ragazze di età inferiore ai 19 anni (corrispondenti ai numeri riportati sopra). Tuttavia, nei gruppi F2 e M2 (senza storia di DE) questa opzione è stata scelta in media dal 27%. Per coloro che hanno avuto esperienze di DE, l'accento è stato posto sull'influenza dell'ambiente, come la famiglia, i coetanei, ecc. Si può

quindi concludere che la società in quanto tale vede il rischio maggiore di sviluppare la DE nella rappresentazione mediatica di figure emaciate. Tuttavia, le persone che soffrono di DE sembrano vedere il rischio altrove.

Quando è stato chiesto loro se avessero mai seguito siti e blog pro-ana o pro-mia, il risultato mostra che il 58% degli intervistati lo ha fatto, soprattutto durante il periodo del disturbo. Gli uomini non hanno mai incontrato siti pro-ana. La maggior parte di questi blog sono stati seguiti prima e durante il periodo della DE da ragazze di età inferiore ai 19 anni. Secondo questa ricerca, i social network e i blog sono i più coinvolti nella creazione e nello sviluppo della DE.

In sintesi, è stata confermata l'ipotesi di partenza, ovvero che le persone con ED percepiscono una maggiore pressione sul proprio corpo da parte dei media rispetto alle persone senza ED. In che modo i media influenzano l'immagine corporea delle persone senza storia di DE? Nei risultati della ricerca, i gruppi F1 e M1 (con una storia di DE) hanno mostrato una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo rispetto alle persone senza DE. La differenza è stata evidente quando è stato chiesto il corpo ideale (entrambi i gruppi preferivano corpi più snelli rispetto a F2 e M2), nonché nell'insoddisfazione per il proprio corpo e nell'ansia di dover perdere peso o trasformare il corpo in altro modo. Il gruppo di persone con DE è anche più consapevole della pressione mediatica per adattare il proprio aspetto. Inoltre, è stato dimostrato che la fascia d'età più sensibile, e in questo senso anche la più vulnerabile, è quella delle ragazze di età inferiore ai 19 anni.

1.4 Dibattito su body positivity e fat shaming nella Repubblica Ceca

Il body shaming (e in particolare il fat shaming) come forma di discriminazione è presente. Può verificarsi a qualsiasi età e a qualsiasi livello, sia in un rapporto apparentemente amichevole e gentile tra genitori e figli, sia tra coetanei, sia nell'anonimato sicuro dei social network e dei media. È un tipo di aggressione a cui le persone reagiscono in modo diverso e che, nel peggiore dei casi, può portare a problemi psichici e disturbi alimentari in individui sensibili o vulnerabili. È generalmente accettato che i social media creino un ambiente adatto al body shaming: in una comunicazione digitale indiretta, le persone tendono a essere più critiche, spietate e sconsiderate rispetto alla comunicazione faccia a faccia. Tuttavia, le vittime spesso fanno il gioco dell'aggressore pubblicando nello spazio pubblico digitale immagini che avrebbero dovuto rimanere private.

Sebbene sia difficile accedere e valutare le conversazioni private che si svolgono nello spazio virtuale, ci concentreremo sul dibattito pubblico e sulla sfera delle persone considerate *famose*. Per famosi intendiamo persone che hanno un ampio e migliore accesso ai media, alla televisione o alla radio, che hanno un numero significativo di follower (come 100k+) su Facebook, Instagram o Twitter. Queste personalità possono avere una maggiore influenza sullo spazio pubblico rilasciando interviste o comparando (non) volentieri sui giornali scandalistici.

Positività corporea e fat shaming tra le donne

Nel suo programma podcast *Sádlo* (Lardo), Ridina Ahmed ha aperto un dibattito sul fat shaming e sulla stigmatizzazione che non era mai stato discusso in questo modo. Il suo programma è andato in onda sulla radio nazionale nel 2021 ed è disponibile come serie di podcast su Radio Wave, uno dei più grandi archivi audio su Internet cechi che si concentra sulle giovani generazioni.[15] La serie è diventata molto popolare, si è sviluppata in uno spettacolo teatrale, in una mostra fotografica su larga scala e infine in una campagna di sensibilizzazione di massa chiamata *Moje tělo je moje* (Il mio corpo è mio) che offre materiali educativi e laboratori per bambini e giovani adulti.[Ahmed ha deciso di immortalare la vita delle ragazze e delle donne che non rientrano negli ideali stereotipati di bellezza esile, come affrontano la pressione sul loro aspetto, cosa le aiuta e cosa le ferisce e se, nonostante quello che passano, riescono ad

accettare il loro corpo così com'è. Il messaggio generale della serie di podcast non era quello di glorificare il peso eccessivo, ma di dire che provare vergogna non è un buon atteggiamento. Ci sono rischi associati all'obesità che non devono essere trascurati, ma solo un atteggiamento positivo e la motivazione possono portare a un cambiamento e a una riduzione del peso.

La serie ha suscitato commenti positivi e negativi e reazioni contraddittorie tra i sostenitori dell'immagine mediatica tradizionale e gli attivisti progressisti. Il movimento della body positivity è spesso visto in modo negativo come "promotore dell'obesità" e Ahmed cerca di spiegare che non è così. Alcuni autori vedono il risentimento verso la body positivity da una prospettiva femminista.[16] Tornando a? *The Beauty Myth* di Naomi Wolf (1990), la crescente pressione sull'aspetto delle donne e il restringimento dei criteri di ciò che è considerato bellezza sono visti come uno strumento per mantenere il patriarcato. La bellezza femminile è un bene che può fornire un vantaggio relativo a coloro che si conformano all'ideale anche in un mondo patriarcale. Indirettamente, attraverso l'interesse e le relazioni con uomini di successo, possono accaparrarsi la loro parte di potere e ricchezza. O almeno il patriarcato alimenta questa illusione.

Per illustrare la situazione paradossale in cui, da un lato, il numero di persone in sovrappeso e obese è in aumento e, dall'altro, la percezione li vede ancora con pregiudizio, disprezzo e avversione, ecco cosa ha detto una delle donne intervistate: "Essere grassi e non vergognarsi di esserlo è un vero e proprio gioco da ragazzi. È terribilmente antisistemico e antisociale. Quasi nessuno lo sopporterebbe. È peggio che portare i capelli verdi da moicano. Trovo socialmente più accettabile sniffare cocaina sul water che essere grasse"[18].

È generalmente accettato che le tendenze popolari promuovano la giovinezza, la magrezza, la bellezza e la forma fisica, mentre le carenze e le deviazioni apparenti dall'ideale vengono trascurate, messe in secondo piano o coperte. Tuttavia, ci sono casi di attori, cantanti e celebrità popolari che non si conformano all'ideale e che, nonostante attirino un po' di attenzione negativa, fanno del loro peso eccessivo il loro segno distintivo, il loro vantaggio. Sono in grado di smuovere l'apparentemente rigido dominio dei magri, degli sportivi e dei belli e il loro peso è sempre un argomento attraente per i media scandalistici. Mentre alcuni interpretano questa tendenza come una conferma della loro autostima, come un segno di soddisfazione per l'immagine corporea e come un esempio positivo, ci sono ancora voci che condannano, criticano e ricorrono al fat shaming.

Per fare un esempio che ha avuto risonanza sia tra il pubblico che tra gli esperti, abbiamo scelto un articolo pubblicato sul sito web di un tabloid, Super.cz. L'autore si riferiva alla coppia di beach volley Barbora Hermannová e Markéta Nausch Sluková, ex campionesse del mondo. Con l'aumento dell'attenzione dei media, il tabloid ha messo in evidenza il suo corpo, considerato "lontano da un fisico da pallavolo", e l'ha etichettato con un termine peggiorativo per indicare una persona con un eccesso di grasso corporeo. Hermannová ha poi confessato che i commenti di body shaming di un media con un'ampia diffusione nazionale hanno influito negativamente sulle sue prestazioni alle Olimpiadi di Rio 2016, in quanto non si è concentrata sullo sport, ma ha pensato al suo aspetto. Ha ammesso di aver dovuto lavorare sulla sua forza mentale e sulla resistenza psichica per combattere questi commenti denigratori. [19]

Il tema dei disturbi alimentari è stato sempre più citato nel dibattito pubblico, ma è stato in gran parte riservato alle donne (come si dirà più avanti). Per citare alcuni esempi, dobbiamo evidenziare il libro di Petra Dvořáková *Já jsem hlad* (Io sono la fame, 2009), vincitore del premio nazionale ceco Magnesia Litera per la saggistica. Dvořáková Petra Dvořáková propone una narrazione stratificata, la cui cornice è la lotta contro l'anoressia nervosa. L'autrice rompe l'immagine semplificata e generalmente accettata dell'anoressia nervosa come perdita di peso per bellezza, al contrario, percepisce la sua connessione con i problemi personali, le relazioni familiari e con il partner e i traumi. Presenta l'anoressia come un problema che può sorgere sulla base del rapporto madre-figlia.

Più recentemente, Gabriela Koukalová, una delle principali star dello sport ceco e medaglia olimpica, ha pubblicato nel 2018 un'autobiografia in cui ha confessato di aver sofferto

di un disturbo alimentare per 10 anni, nonostante fosse un'atleta di punta. Il libro ha suscitato grande attenzione, soprattutto perché Gabriela Koukalová è stata considerata un modello, un'atleta di punta da cui ci si aspetta che sia in buona forma, sia fisica che mentale. L'atleta ha dichiarato che, nonostante le difficoltà incontrate nel parlare di questo problema, voleva aiutare altri atleti e sensibilizzare l'opinione pubblica sui disturbi alimentari. Ci sono diverse modelle (Nikol Švantnerová, modella e Miss Repubblica Ceca nel 2015) o attori (Hana Vágnerová) che condividono le loro storie di lotta contro l'anoressia. Tuttavia, queste storie circolano soprattutto nei media scandalistici, dove perdono visibilità tra gli articoli su quanti chili hanno perso altre celebrità. Inoltre, la ricerca sopra citata dimostra che questi siti web di tabloid non si rivolgono ai gruppi vulnerabili e, se lo facessero, l'effetto potrebbe essere esattamente l'opposto: invece di ricevere informazioni, sostegno, aiuto o consigli, le giovani donne suscettibili potrebbero sentirsi maggiormente sotto pressione a causa delle immagini false e artificiali dell'ideale di bellezza.

Positività corporea e fat shaming tra gli uomini

Sebbene il body shaming sia stato tradizionalmente associato alle donne, perché la società pone maggiori requisiti ai corpi femminili, è aumentata la pressione anche sugli uomini.[20] Sebbene il body shaming sia altrettanto doloroso per gli uomini quanto per le donne e le norme culturali e sociali possano essere altrettanto dure, finora solo una piccola percentuale di uomini è aperta sulle proprie esperienze e sensazioni riguardo al proprio corpo e alle sue imperfezioni. Tra l'altro, gli stereotipi di genere sono responsabili del fatto che molti uomini hanno paura di parlare delle loro esperienze o non pensano nemmeno di rifletterci. Questi stereotipi dipingono gli uomini come "più forti, privi di emozioni, dominanti". Questo mito è rappresentato da frasi come "non piangere e ricomponiti" e dalla presa in giro degli uomini che si preoccupano del loro aspetto, poiché questo passatempo è attribuito alle donne e quindi considerato inappropriato per gli uomini. Gli studi di fitness e le pubblicità delle palestre ritraggono i corpi degli uomini in una forma tale che è irraggiungibile per la stragrande maggioranza della popolazione maschile. Questa discrepanza tra l'ideale e la realtà crea problemi di immagine corporea che possono portare a una minore autostima, a sensi di colpa o a vergogna che portano a un ulteriore aumento di peso.

I disturbi alimentari sono sempre più diffusi anche tra gli uomini. Tuttavia, gli uomini generalmente sottovalutano la malattia, che finisce per avere conseguenze peggiori sulla salute rispetto alle donne. Nel loro caso, la perdita di peso patologica è molto più spesso associata a depressione e ansia. Alcuni studi hanno confermato che, mentre la maggior parte delle persone affette da disturbi alimentari viene etichettata come un problema femminile, circa un quarto delle persone colpite sono uomini. Tuttavia, gli uomini stessi e persino i medici sottovalutano i disturbi alimentari e spesso danno per scontato che possano colpire solo le donne. Questo è anche il motivo per cui gli uomini malati ricevono un aiuto professionale molto più tardi rispetto alle donne con la stessa diagnosi e perché i danni nei loro casi tendono a essere più estesi. Gli uomini malati hanno anche una vita più difficile, nel senso che se si confidano con la famiglia e con chi li circonda sulla loro malattia, spesso vengono sminuiti, diffidati e incompresi. In breve, l'opinione pubblica considera i disturbi alimentari ancora come problemi delle donne. Un'altra difficoltà è rappresentata dal fatto che gli uomini affetti si vergognano spesso della loro malattia e ritengono che non sia in linea con la loro "mascolinità".

È stato inoltre dimostrato che i disturbi alimentari sono più spesso associati a depressione e disturbi d'ansia negli uomini che nelle donne. Mentre le donne che soffrono di disturbi alimentari sono ossessionate dalla magrezza, la situazione è diversa per gli uomini. Naturalmente gli anoressici o i bulimici hanno una paura panica di ingrassare, ma molti di loro non desiderano un aspetto estremamente magro. Molto più spesso, mantengono il peso e la silhouette dei loro sogni proprio attraverso un esercizio fisico eccessivo, che spesso mette in pericolo la loro salute.

Per questo motivo sono entrati nello spazio pubblico termini come *ortoressia* (ossessione per il cibo sano), *bigoressia* (ossessione per l'esercizio fisico per aumentare la massa muscolare) o *neurosa atletica*. Entrambe sono riconosciute come diagnosi a sé stanti, rientrando nella categoria generale dei disturbi alimentari, dei disturbi ossessivo-compulsivi o delle dipendenze comportamentali.

Uno dei risultati più importanti nell'affrontare pubblicamente questi temi, una serie di podcast disponibile sulla radio nazionale Radio Wave (in onda e on-line) è stato *Hrana (Edge)* [21]. In un formato simile a *Sádlo*, sei episodi esplorano l'immagine corporea maschile. Cinque personaggi famosi (un giornalista, un cantante popolare, uno chef famoso, un attore) discutono le loro varie lotte con il proprio corpo, l'autostima, i disturbi alimentari e comportamentali. Uno degli intervistati è Matěj Pardus (concorrente del talent show Superstar, ballerino e cantante), il cui peso corporeo è stato oggetto dei media scandalistici per diversi anni. Ha ammesso di aver ricevuto lettere d'odio dal pubblico e consigli da parte di sconosciuti di perdere peso. Come se una persona in sovrappeso non si adattasse agli altri talenti dello show, che ovviamente erano più belli, con un IMC soddisfacente. Un altro ospite è stato un attore, importante attivista gay, il cui aspetto magro ha portato le persone a incoraggiarlo a mangiare, a ingrassare e a fargli pressione per "apparire migliore" tra le altre celebrità.

La differenza nella percezione dei due podcast sopra citati sta nelle reazioni che ha suscitato. Mentre *Sádlo* (dal punto di vista delle donne) ha suscitato un maggior numero di reazioni sia positive che negative, *Hrana* (visto dal punto di vista degli uomini) non ha avuto un tale impatto e le reazioni sono state complessivamente positive. Gli uomini apprezzano il fatto che *Hrana* abbia aperto questo tema piuttosto delicato e nascosto e sono disposti a condividere le loro storie ed esperienze. Alcune reazioni si sono lamentate del fatto che ci sono storie personali che non rientrano in nessuna delle lotte menzionate nel podcast, che alcuni uomini si sono sentiti non rappresentati con le loro preoccupazioni e i loro problemi. *Hrana* si concentra principalmente su due aspetti dell'immagine corporea, ossia le dimensioni e la forma del corpo, mentre altri aspetti, come l'altezza, i capelli, le dimensioni del pene, sono stati lasciati (intenzionalmente dall'autore) inosservati.[22]

Rispetto alla massiccia ondata di donne interessate a condividere le loro storie che Ahmed e il suo *Sádlo* hanno sperimentato dopo le sfide sui social media, Houdek con *Hrana* descrive l'esatto opposto, dicendo che l'esperienza della registrazione è stata stressante. Gli intervistati maschi selezionati spesso non rispondevano ai suoi messaggi, annullavano improvvisamente le sessioni concordate e, quando il registratore veniva acceso, tendevano a semplificare le loro dichiarazioni e a ricorrere all'autocensura. Il livello di auto-riflessione è significativamente inferiore a quello riscontrato tra le donne nel podcast di *Sádlo*. L'incertezza nella formulazione, il ricorso a frasi vuote, l'abitudine a nascondere pubblicamente i problemi intimi e la sensazione di inadeguatezza sono chiaramente presenti.

1.5 Conclusione

Mentre il numero di persone in sovrappeso e obese nella Repubblica Ceca è in aumento e l'incremento tra i giovani è aumentato negli ultimi anni, sembra che i media esercitino una pressione sul pubblico in generale. La ricerca suggerisce che l'effetto dei media è presente in diverse forme, che il pubblico è consapevole di questa pressione e che la influenza - in particolare i soggetti più suscettibili che hanno maggiori probabilità di sviluppare una DE. Abbiamo dimostrato che esistono programmi pionieristici nei media in grado di affrontare questo tema in modo "non tabloide". Queste serie di podcast possono essere un buon esempio di approccio soggettivo che fornisce una discussione intima e ravvicinata. Nello spazio sicuro dell'anonimato digitale, le persone possono ascoltare i fattori scatenanti, le forme, le lotte e le strategie che personaggi famosi collegano al loro periodo di DE. Dal confronto dei podcast si possono trarre diverse conclusioni. In primo luogo, il tema dell'immagine corporea maschile e

del body shaming è una novità relativa: il dibattito pubblico tende ancora a includere le donne e a mostrare la DE come un argomento prevalentemente femminile. *Hrana* non ha attirato così tanta attenzione in base alle recensioni e alle reazioni trovate sui media, sui social media o su Internet. In secondo luogo, l'attenzione e la pressione della società si concentrano in gran parte sulle donne: i commentatori e gli spettatori sono più pronti a discutere questi temi in relazione alle donne, forse perché la DE tra le donne è già entrata nel dibattito pubblico e può essere considerata parte della comunicazione mainstream. Tuttavia, le questioni maschili rimangono ai margini del dibattito e sembra che la società sia meno pronta ad accettarle. Inoltre, *Hrana* ha scoperto che le questioni legate all'immagine corporea maschile e al body shaming sono molto più complesse e presentano così tante sfumature, che limitare le interviste alle dimensioni e alla forma del corpo sembra riduttivo, persino esclusivo. Ciò conferma il fatto già citato che gli uomini, per varie ragioni, sono meno aperti a parlare della loro intimità. Tuttavia, quando vengono sollecitati da un podcast di questo tipo, forniscono diversi aspetti che rimangono nascosti e di cui non si parla affatto nel dibattito pubblico. Sono pronti ad ascoltare storie con cui possono relazionarsi. Al contrario, le donne sembrano essere più coraggiose quando entrano nel regno della comunicazione pubblica su argomenti privati e intimi e condividono le loro esperienze, come documentato, ad es, dalla serie *Vyhonit d'ábla*, un podcast pluripremiato di Zuzana Kašparová e Terézia Ferjančeková che parla di sessualità femminile, relazioni e argomenti tabù, classificato su Spotify tra i primi dieci della Repubblica Ceca.[23] Si può affermare che, nonostante l'aumento dimostrabile dei disturbi alimentari negli uomini, la società ceca considera questa diagnosi principalmente femminile.

Sembra inoltre che l'anonimato della sfera digitale (discussioni su Internet, podcast) apra nuove vie di comunicazione sulla DE, l'immagine corporea e il body shaming. I mezzi di comunicazione cartacei non hanno l'intuizione giusta e non raggiungono il gruppo target vulnerabile, ovvero gli adolescenti e i giovani adulti. I tabloid hanno un'inclinazione al fat shaming e sembrano alimentare la cultura della bellezza e della magrezza artificiale.

È ben documentata la tendenza all'aumento della prevalenza del peso eccessivo e dell'obesità tra i bambini e i giovani, aumento che si è accelerato negli ultimi due anni a causa delle restrizioni imposte da Covid. È chiaro che ci saranno sempre più persone che soffrono di problemi di peso e di disturbi alimentari e che le campagne di educazione e di sensibilizzazione sono necessarie per affrontare questo tipo di pandemia.

Riferimenti

- [1] Disponibile all'indirizzo [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_overweight_population_by_sex_and_age,_2019_\(%25\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_overweight_population_by_sex_and_age,_2019_(%25).png).
- [2] Disponibile all'indirizzo https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1c/default/bar?lang=en.
- [3] Disponibile all'indirizzo https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1i/default/table?lang=en.
- [4] Owen, Klára. *Moderní terapie obezity: [přůvodce pro každodenní praxi]*. Praga: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
- [5] Marinov, Z. (2014). *Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. století*. *Lékařské listy*, 9, příloha *Zdravotnických novin* 2014: 19(63): p. 21-24.
- [6] *szú* (2020). *Státní zdravotní ústav, Praga. Studie Zdraví dětí 2016*. Consultato il 1. 5. 2022 da

- http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/Zdravotni_stav_2_016.pdf.
- [7] Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7.
- [8] Včelařová, Hana. Tesi di laurea non pubblicata. Olomouc: Università Palacký di Olomouc, 2020.
- [9] Pertold, Filip e Jiří Šatava. *Obezita v České republice: mezinárodní srovnání s využitím dat z projektu SHARE*. Praga: Národohospodářský ústav AV ČR, 2018. Studio (Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu). ISBN 978-80-7344-466-2.
- [10] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo:
https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potrav_2011az2017.pdf.
- [11] Grogan, Sarah. *Immagine corporea: comprendere l'insoddisfazione corporea in uomini, donne e bambini*. 2a ed. New York: Routledge, 2008, ISBN 0415358213. p. 9.
- [12] Čevelíček, Michal, Šmahelová Martina, Šmahel David (2018). *Riflessioni dei professionisti sull'impatto delle tecnologie digitali sui disturbi alimentari. Psicologia sociale di base e applicata*. Taylor & Francis Online. [cit. 2022-04-19]. Disponibile da: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01973533.2018.1446833?scroll=top&needAccess=true&instName=Charles+Università>.
- [13] Rodgers, R. F., & Melioli, T. (2016). La relazione tra preoccupazioni per l'immagine corporea, disturbi alimentari e uso di Internet, parte I: una revisione del supporto empirico. *Adolescent Research Review*, 1(2), p. 95-119. doi:10.1007/s40894-015-0016-6.
- Říhová, Petra. Tesi di laurea non pubblicata. Praga: Charles University, 2015. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/64359>.
- [14] Disponibile presso: <https://wave.rozhlas.cz/sadlo-8398667>.
- [15] Vedere www.mojetelojemoje.cz.
- [16] Jarkovská, Lucie. *Podcast Sádlo: Jak zvítězit nad patriarchátem? Přijmout vlastní nekrásné tělo*. <https://a2larm.cz/2021/02/podcast-sadlo-jak-zvitezit-nad-patriarchatem-prijmout-vlastni-nekrasne-telo/>.
- [17] Baslarová, Iva. Ideál krásy jako pevně utažený korzet ženské psychiky. Co je potřeba k tomu, aby zmizely předsudky společnosti? <https://wave.rozhlas.cz/ideal-krasy-jako-pevne-utazeny-korzet-zenske-psychiky-co-je-potreba-k-tomu-aby-8438601>.
- [18] Vedere <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/z-prezdivky-maki-a-speki-ke-svetovym-jednickam-hermannova-o-body-shamingu-kterym-trpi-plazove-volejbalistky-53723>.
- [19] Cfr. <https://www.extra.cz/maki-a-kiki-je-minulost-ted-je-tu-maki-a-speki>, 11. 08. 2016. Accesso al 18. 6. 2022.
- [20] Montgomery Sklar, Elliot. Immagine corporea, peso e concetto di sé negli uomini. In: *American Journal of Lifestyle Medicine* [online]. 2017, p. 252-258 [cit. 2022-07-05]. ISSN 1559-8276. Disponibile da: doi:10.1177/1559827615594351.
- [21] <https://www.mujirozhlas.cz/hrana>. Pubblicato a novembre 2021.
- [22] Disponibile su <https://www.dokrevue.cz/clanky/hrana>.
- [23] <https://vyhonitdabla.cz>.

2. Giano bifronte: rapporto locale spagnolo

Jonathan McFarland (UAM) *¹

Cristina Gonzalez (UAM)

Maria Luisa Cuesta SantaMaria (UAM)

Eugenia Nadolu Velez (HUSE)

Isabel Maria Martin Ruiz (psicologa clinica, musicoterapeuta ed esperta di ED) (1)

Eva Garcia Perea (UAM)



Fig. 1. Statua raffigurante Giano Bifronte nei Musei Vaticani (Wikipedia CC BY 3.0).

Abstract. *In questo capitolo esaminiamo il legame inverso tra la dieta mediterranea e le ED in Spagna ed esploriamo il ruolo cruciale che le emozioni possono svolgere e svolgono sia nell'insorgenza delle ED che nella possibile guarigione da queste malattie. La DE è in forte crescita in Spagna e la pandemia di COVID-19 non ha fatto altro che esacerbare questo aumento. Ciononostante, riteniamo che si stiano compiendo alcuni passi importanti utilizzando le arti: Arti Terapie Visive, Musicoterapia e Danzaterapia, che analizzeremo in questo capitolo.*

2.1 Introduzione

Il mio scopo è cantare i modi in cui i corpi cambiano, trasformandosi incessantemente in altre forme" [1] (Metamorfosi - Ovidio, 8 d.C.). Questo capitolo è dedicato a un'indagine umanistica o interdisciplinare sulla situazione dell'obesità e dei disturbi alimentari (DE) in Spagna, ma cosa sono i DE? I Disturbi del Comportamento Alimentare (DE) sono disturbi mentali cronici e gravi, caratterizzati da un'alimentazione anomala, da relazioni disfunzionali con il cibo e da una preoccupazione per il peso e la forma del corpo". [2] Il capitolo è intitolato Giano bifronte, poiché Giano era, tra l'altro, il dio romano delle "transizioni", della "dualità" e della trasformazione. Non solo la transizione o la trasformazione sono alla base di tutti i Disturbi Alimentari, ma "La condizione schizoide può essere pensata come un Giano bifronte: una faccia rivolta con paura e desiderio al mondo oggettuale esterno che si trova al di là della portata delle illusioni/delusioni di onnipotenza del paziente; l'altra faccia rivolta a uno stato dominato dai sensi e più primitivo di quello connesso al mondo oggettuale interno immaginato da Klein e

¹ *Autore corrispondente: Mcfarland.jonathan@gmail.com

Fairbairn. Quest'ultima "faccia" è il ventre inarticolato dell'esperienza schizoide, in cui la fantasia lascia il posto all'esperienza pre-simbolica, dominata dai sensi" [3].

La trasformazione e la transizione sono anche alla base dell'essere umano, come Gavin Francis nel suo libro *Shapeshifters: On medicine and Human change* [4] descrive magnificamente: "Essere vivi significa essere in perpetua metamorfosi. I confini del nostro io sono porosi, modellati e ricomposti dagli elementi del nostro ambiente. L'acqua del fiume una volta era spray marino; l'anno prossimo potrebbe scorrere nel sangue del vostro vicino. L'acqua del vostro cervello un tempo cadeva come pioggia su antichi paesaggi e si sollevava nella mareggiata di oceani ormai lontani. Da questa prospettiva, il corpo è esso stesso un ruscello che scorre o un fuoco che brucia: non ci sono due momenti uguali". Questo capitolo è dedicato alle transizioni, con un'enfasi non solo su quelle corporee ma anche su quelle emotive.

Il capitolo si concentra su due concetti: La Dieta Mediterranea, ma anche un concetto più psicologico: Alessitimia.

La dieta mediterranea e i disturbi alimentari

Un altro motivo per cui abbiamo intitolato il nostro capitolo *Giano bifronte* è che al centro della nostra relazione locale sembra esserci un paradosso, che verrà spiegato più in dettaglio. La Spagna, insieme ad altri Paesi mediterranei come l'Italia, il sud della Francia, la Grecia e altri, segue tradizionalmente la cosiddetta Dieta Mediterranea (MD), che in un certo senso sembra essere l'antitesi dell'EDs.

Il concetto di dieta mediterranea è stato sviluppato per riflettere "i modelli alimentari tipici di Creta, di gran parte del resto della Grecia e dell'Italia all'inizio degli anni '60" (5), anche se, in realtà, è stato pubblicizzato ufficialmente per la prima volta nel 1975 dalla coppia americana: il biologo Ancel Keys e la chimica Margaret Keys. Nel 2011, Bach-Faig, nel loro articolo [6], hanno presentato la loro piramide della dieta mediterranea per oggi (cioè per il 21st secolo). In questo articolo descrivono la dieta mediterranea come segue: La dieta mediterranea tradizionale (MD) è il patrimonio di millenni di scambi di persone, culture e cibi di tutti i Paesi del mondo.

Il bacino del Mediterraneo. Essa è stata alla base delle abitudini alimentari del XX secolo in tutti i Paesi della regione, originariamente basate su modelli agricoli e rurali mediterranei. Tuttavia, il modello tradizionale si sta progressivamente erodendo a causa dell'ampia diffusione dell'economia di tipo occidentale, della cultura urbana e tecnologica, nonché della globalizzazione della produzione e del consumo alimentare, legata all'omogeneizzazione dei comportamenti alimentari nell'era moderna. [6]

Questa descrizione è interessante perché, pur affermando che la MD è stata alla base delle abitudini alimentari del passato, sottolinea che si sta erodendo; si arriva così alla situazione paradossale che ci troviamo ad affrontare nel 2022, dove l'obesità e soprattutto l'obesità infantile è un enorme problema sanitario e sociale in Spagna. Un recente articolo [7], il cui titolo è più che esplicativo, afferma che "la Spagna ha il quarto più alto tasso di obesità infantile in Europa", e l'articolo prosegue associando l'effetto del deterioramento della MD: "Troppi bambini e adolescenti seguono abitudini che sono dannose per garantire una dieta di alta qualità, come il consumo di dolci industriali per colazione (31,7%), il consumo di fast food e il consumo di cibo per bambini (7%), mangiare in un fast food almeno una volta alla settimana (23,1%) o consumare dolci e caramelle più volte al giorno (22%)", [8] il che porta all'obesità infantile e alle malattie associate: "Due bambini spagnoli su cinque di età compresa tra i 6 e i 9 anni sono in sovrappeso o obesi, il che può portare a un aumento dei fattori di rischio cardiovascolare e dell'incidenza del diabete, oltre a conseguenze gastrointestinali, respiratorie, neurologiche e dermatologiche per lo sviluppo osseo e muscolare".

Tali aumenti possono essere spiegati su basi strettamente biologiche - apporto energetico e calorico, metabolismo dei grassi, ecc. ma, in particolare con il cappello delle Medical/Health Humanities, ci si dovrebbe allontanare dal modello medico più "semplicistico" di descrizione e

comprensione delle malattie, per utilizzare il modello Bio-Psycho-Social. Da questo punto di vista, nell'eziologia dei DE sono presenti molti fattori sociali (ed economici) - fast food, ecc. in particolare per i disturbi da abbuffata (BED). L'aumento dell'incidenza dei BED potrebbe sembrare, in prima analisi, piuttosto paradossale, perché nei Paesi mediterranei *non ce lo si aspetterebbe* [9], ma ci sono molte pressioni (di altro tipo) che rendono possibile questo aumento dell'incidenza.

Qual è dunque il rapporto tra MD e DE? Gavin Francis è ancora una volta incisivo quando scrive: "In quanto determinanti di un buon stile di vita, stabilire la combinazione di una media o alta aderenza alla MD con una buona forma fisica si tradurrà in una migliore qualità di vita legata alla salute negli adolescenti". (4) E in Spagna? Paradossale, a doppio taglio, a doppia faccia. È interessante notare che Giano non si riferisce solo al dio romano, ma è anche l'abbreviazione di uno strumento di screening per la malnutrizione - **JaNuS** - (Just a Nutritional Screening), che sembra appropriato e tempestivo. (10)

Tuttavia, i BED e l'anoressia possono essere **influenzati positivamente** dalla MD. Bertroli et al. (11) affermano che: "I nostri risultati suggeriscono che il modello dietetico mediterraneo era inversamente associato alla BED dopo l'aggiustamento per diversi potenziali confondenti. Il consumo di olio d'oliva e di frutta a guscio è stato associato a una riduzione della probabilità di diagnosi di BED, mentre il consumo di burro, margarina, panna, dolci commerciali e confetteria è stato associato positivamente".

Inoltre, in un altro studio spagnolo, il SUN Cohort, i ricercatori hanno trovato risultati simili. (12) Essi descrivono le ED come "disturbi mentali gravi e cronici caratterizzati da un'alimentazione anomala, da un rapporto disfunzionale con il cibo e da una preoccupazione per il peso e la forma del corpo". Le loro conclusioni sono interessanti: "I risultati della nostra analisi suggeriscono la possibilità che il MDP (Mediterranean Dietary pattern) sia inversamente associato all'incidenza di AN (Anoressia Nervosa) e BN (Bulimia Nervosa)".

Il nostro rapporto si concentrerà su alcune aree, una delle quali sono le Isole Baleari con l'ospedale di riferimento, l'Hospital Son Espases, dove si trova anche la scuola di medicina dell'UIB e che ha un'unità dedicata ai DE. Di seguito, si può notare che l'aumento generale dei pazienti in ED in Spagna è presente anche nelle Isole Baleari.

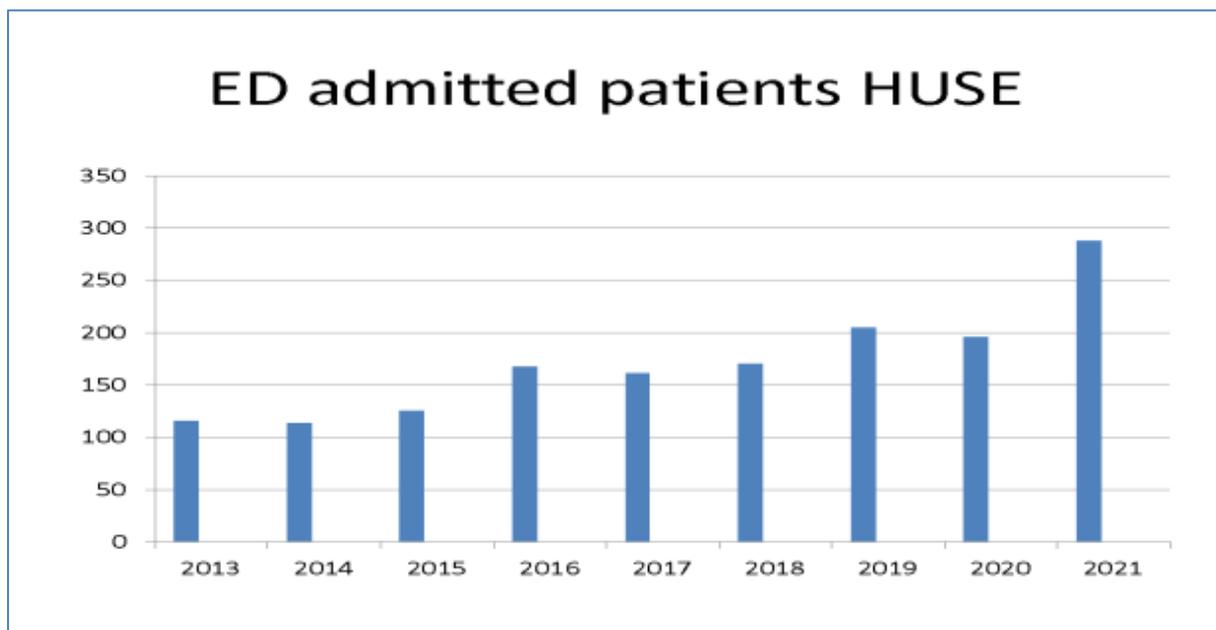


Fig. 2. Dati dell'HUSE (Ospedale Universitario Son Espases, Maiorca, Spagna)

2.2 Emozioni e disturbi alimentari

Le emozioni svolgono un ruolo fondamentale sia nell'insorgenza che nel trattamento della DE. Si potrebbe dire che sono intricate. Le emozioni primarie di base: gioia, tristezza, paura, rabbia, disgusto e sorpresa sono sempre presenti nelle ED poiché le emozioni ci aiutano a comunicare meglio con gli altri, ci spingono all'azione, ci aiutano a comprendere meglio la realtà. Ma anche, criticamente, ci aiutano a capire noi stessi e se non ci riusciamo, sorgono dei problemi. In questo caso, le ED.

L'alessitimia come sintomo di DE. Il problema centrale della DE è la difficoltà di gestire le emozioni, che i pazienti manifestano attraverso il linguaggio del corpo perché non sono in grado di esprimerle. Il termine *alessitimia* deriva dal greco: ἀ- (*a-*, "non", prefisso privativo, alfa privativo) + λέξις (*léxis*, "parole") + θῦμός (*thýmós*, "cuore" o "emozioni" o "sede della parola") (cfr. dislessia), che significa letteralmente "nessuna parola per le emozioni". Un'altra etimologia: Greco: Αλεξιθυμία ἀλέξω (allontanare) + θῦμός che significa - allontanare emozioni, sentimenti. I termini non medici che descrivono condizioni simili includono "senza emozioni" e "impassibile". Le persone affette da questa condizione sono chiamate alessitimiche o alessitimiche. Il termine è stato coniato dagli psicoterapeuti John Case Nemiah e Peter Sifneos nel 1973. Timoney, L.R e Holder, M.D. affermano che "... l'alessitimia comprende le seguenti quattro caratteristiche principali: (1) difficoltà a identificare e descrivere i sentimenti soggettivi, (2) difficoltà a distinguere tra i sentimenti e le sensazioni fisiche dell'eccitazione emotiva, (3) processi immaginativi limitati e (4) uno stile cognitivo orientato all'esterno. Nel complesso, la ricerca indica che l'alessitimia è un deficit multidimensionale nel riconoscimento e nella regolazione degli affetti. La capacità di elaborare le emozioni è normalmente distribuita nella popolazione e punteggi elevati nelle misure di alessitimia possono rappresentare l'estremità inferiore di questa capacità. Nel complesso, la ricerca mostra che l'alessitimia è associata a bassi livelli di benessere positivo, compresi bassi livelli di felicità e soddisfazione di vita." (13) Queste caratteristiche sono fortemente legate alle pressioni psicologiche personali di cui soffrono i pazienti con disturbi alimentari.

Nelle sezioni successive di questo capitolo esploreremo il legame tra emozioni e disturbi alimentari, poiché le emozioni (o la mancanza di capacità di esprimere le proprie emozioni interiori) sembrano essere al centro della mentalità psicologica dei pazienti con ED. Analizzeremo come permettere ai pazienti affetti da ED di esprimere le proprie emozioni interiori attraverso tre diverse forme di terapia artistica, ovvero: **(MT) Musicoterapia**, **DMT (Danza Movimento Terapia)** e **AT (Arte Terapia)**, possa aiutare i pazienti affetti da questi disturbi mentali debilitanti. Utilizzeremo progetti specifici dalla Spagna per dimostrare l'utilità di queste terapie.

2.3 Distorsione dell'immagine corporea

La distorsione dell'immagine corporea consiste nell'alterazione della percezione delle dimensioni e delle altre caratteristiche fisiche del proprio corpo. La valutazione della propria immagine corporea è soggettiva e molto spesso non corrisponde alla realtà. In questa sezione citeremo due casi "reali" per i quali siamo grati alla dott.ssa Azucena Díez Suárez, pediatra e psichiatra presso la Clinica Universidad de Navarra, Spagna, che li ha evidenziati in una presentazione intitolata "*Values of Nursing Care in Paediatric -Juvenile Mental Health in times of the Pandemic*" (*Valori dell'assistenza infermieristica nella salute mentale pediatrica in tempi di pandemia*) durante il 68° Congresso dell'Associazione Pediatrica Spagnola (th), tenutosi a Palma di Maiorca nel giugno 2022.[14]

Primo caso clinico

Martina - 10 anni. Va dai genitori, preoccupati perché la sorella ha riportato tagli superficiali sull'avambraccio e sui fianchi.

"Ha tentato il suicidio", perché da quando è scoppiata la pandemia si sente molto isolata e passa la maggior parte del tempo da sola nella sua stanza.

Non ha un cellulare, ma ha una cronologia di utilizzo di Internet da parte di Tablet;

Inoltre: sembra grassa, mangia meno

Fattori di rischio: Pandemia. Menarca

Personale medico di entrambi i genitori, occupato a causa della pandemia COVID-19

Durante il consulto parla a malapena ed è affranta.

"Fidanzato virtuale", "sfida a tagliarsi".

Risponde chiaramente **NO** alle domande sull'ideazione suicida.

Risoluzione:

Intervento infermieristico

Limitazione degli schermi e dei social network

Animale domestico a casa

Risoluzione completa in 3 mesi

Secondo caso clinico

Irene



Figg. 3 e 4 - immagini di Irene (con autorizzazione)

Irene ha detto: "Mi annoiavo, ho fatto una sfida con un amico".

15 anni, sana fino al confino; a suo dire, "perfetta". Quindi, come nel primo caso, la pandemia l'ha colpita molto.

Ha subito una perdita di peso stimata di 27,5 kg (57,5% del peso corporeo) ed è stata ricoverata in ospedale, dove è stata assistita con tecniche di mindfulness e ha avuto una buona evoluzione.

Tuttavia, l'incidenza è aumentata e si è aggravata, con un peggioramento del 41% dei sintomi principali della DE e del 37% della psicopatologia.

Peggio ancora se hanno una scarsa consapevolezza della malattia e strategie meno adattive.

Assistenza infermieristica: monitoraggio del peso, attento follow-up delle risorse. L'aspetto interessante in entrambi i casi è l'influenza della pandemia COVID-19, che sembra aver agito da catalizzatore, forse a causa dell'isolamento e della sensazione di essere lontani dalla realtà.

2.4 Uso di terapie artistiche - arti plastiche, musica, danza e movimento

"L'arteterapia è l'uso di diverse espressioni artistiche, come la musica, le arti plastiche, il teatro, la poesia, la danza e il movimento, in un contesto terapeutico. Attraverso l'arteterapia, al paziente viene proposto di lavorare con diverse modalità artistiche attraverso le quali esprimere il proprio mondo interiore, le proprie risorse e i propri conflitti. Creando, il paziente non solo mostra la patologia, ma anche le risorse e le possibilità di cambiamento." [15]

Terapia delle arti plastiche (AT)



Fig 5 - Reparto psichiatrico pediatrico-giovanile HUSE (autorizzazione concessa)

Tutti i bambini sono artisti. Il problema è come rimanere artisti una volta cresciuti". Picasso

Questa famosa citazione di Pablo Picasso è importante perché dimostra chiaramente che quando perdiamo il "bambino che è in noi", e il periodo dell'adolescenza è un periodo di transizione o di trasformazione da bambino ad adulto, possiamo perdere il nostro vero sé, o almeno la capacità di connetterci con esso. Non è quindi un caso che le ED si verifichino generalmente o prevalentemente nel periodo di transizione della vita di una persona; allora perché non usare l'arte per ripristinarla, visto che in questa attività non ci sono limiti all'espressione dei sentimenti. Le arti, come tutte le espressioni non verbali, incoraggiano l'esplorazione, l'espressione e la comunicazione di aspetti di cui non siamo consapevoli" [16]. I dipinti sono registrazioni di storie ed esperienze in immagini. Il colore viene scelto inconsciamente in base all'emozione dominante. La pittura con le dita riguarda il movimento e attraverso il movimento c'è libertà di espressione. Prima si crea un'immagine e poi si scrive mentalmente una storia su quell'immagine.

La rabbia è una delle emozioni principali provate dai pazienti con ED, un'emozione che molto spesso *prende il sopravvento sulla* persona. A HUSE, presso l'Unità di Salute Mentale Pediatrica, il Supervisore Infermieristico (EN) ha utilizzato le arti plastiche per cercare di contrastare il sentimento di rabbia. Le opere d'arte che si producono a partire dalla rabbia

permettono di rappresentare attraverso figure e forme, trame di maggiore intensità, favorendo il successivo rilassamento che ci porta ad acquisire maggiore consapevolezza dell'alterazione che abbiamo vissuto e quindi permette la riflessione di ciò che abbiamo vissuto. Può aiutare le persone a essere più consapevoli del proprio *potenziale di cambiamento* e quindi consentire l'attuazione di strategie per risolvere quei conflitti che ci impediscono di godere di maggiore salute e benessere. L'idea è quella di permettere ai pazienti di usare le mani prima per rompere la rabbia *interiore* e poi per rimodellarla, come si può vedere nelle immagini qui sotto.



Figg. 6,7, 8 Reparto psichiatrico pediatrico-giovanile HUSE (con autorizzazione)

Un'altra tecnica utilizzata in HUSE è la pittura, ma soprattutto la Pittura con le dita, che può essere un modo per stabilire una relazione e una connessione con se stessi e con gli altri, esplorando i sentimenti senza parole o linguaggio. Il punto importante è ripristinare o riconnettersi a quel "tu" interiore. E, una volta che si è riusciti a connettersi con il proprio io interiore, si può entrare in contatto con i coetanei che soffrono della stessa agitazione. Il legame con gli altri è il risultato della capacità di legarsi a se stessi.



Figg. 9, 10, 11 Unità di salute mentale pediatrica HUSE, con Eugenia Nadolu

Musicoterapia (MT) (Isabel María Martín Ruiz) (1)

La musicoterapia, secondo la definizione della World Federation of Music Therapy (WFMT, aggiornamento 2011), è l'uso professionale della musica e dei suoi elementi come intervento in ambito medico, educativo e quotidiano con individui, gruppi, famiglie o comunità che cercano di ottimizzare la loro qualità di vita e di migliorare la loro salute e il loro benessere fisico, sociale, comunicativo, emotivo, intellettuale e spirituale. La ricerca, la pratica, l'educazione e la formazione clinica in musicoterapia si basano su standard professionali conformi ai contesti culturali, sociali e politici.

Pertanto, quando si realizza un progetto per condurre sessioni di musicoterapia in un'unità di disturbi del comportamento alimentare, si cerca di contribuire a obiettivi generali a livello di promozione della salute e del benessere, ma si enfatizza anche l'intervento su obiettivi più specifici provenienti da aree diverse:

- **Area cognitiva:**
 - Incoraggiare la ristrutturazione cognitiva, generando modi di pensare più sani e adattivi,
 - Migliorare l'immagine di sé del corpo,
 - Intervenire sui comportamenti autolesivi e sul rischio di suicidio,
 - Contribuire allo sviluppo della creatività
- **Area emotiva:**
 - Sviluppare e promuovere l'autoregolazione emotiva (di tutti i tipi di emozioni),
 - Creare un'identità personale più positiva e un'autostima più equilibrata,
 - Aumentare la conoscenza, etichettare e comunicare le emozioni per combattere l'alessitimia caratteristica di questi pazienti.
- **Area sociale:**
 - Incoraggiare gli incontri sociali per alleviare l'isolamento,
 - Lavorare sulle abilità sociali per promuovere legami socio-affettivi più sani.
- **Area fisica:**
 - Contribuire con le terapie nutrizionali alla stabilità del peso corporeo (BMI),
 - Incoraggiare l'autocura fisica e mentale,
 - Imparare a rilassarsi fisicamente e mentalmente.

Gli **strumenti e le risorse musicali** utilizzati per raggiungere questi obiettivi sono:

- L'uso della **voce**, come parte intrinseca del sé, che aiuta la conoscenza personale e promuove la ricerca del miglioramento (dare voce al mio sé sano che vuole guarire). L'uso della voce si basa su attività come il canto, l'uso di tutti i tipi di risorse vocali, il Vangelo, la sonorizzazione degli stati emotivi.
- L'uso di **strumenti musicali** come hang drum, chitarra, ukulele, tastiera, calimba (la kalimba, o calimba, conosciuta anche come sanza, mbira o mambira, è uno strumento musicale idiofono dal suono dolce inventato e diffuso in tutto il continente africano), yembré (piccoli strumenti a percussione) - più che altro come estensione del sé con cui esprimersi sia a livello interpersonale che intrapersonale. Sono possibili sessioni di gruppo di strumentazione, improvvisazione e creazione.
- **Risorse corporee** per esprimere e riconnettersi emotivamente con il corpo attraverso il movimento e la comunicazione non verbale. Si fa uso della danza, del movimento e della body percussion.
- **Vital BSO.** Attraverso questa risorsa si esplora la storia musicale degli utenti, conoscendo quale musica li ha accompagnati nella loro vita e in momenti personali importanti. [17]
- **Tecniche passive.** Attraverso bagni sonori, visualizzazioni guidate, massaggi terapeutici, mindfulness musicale, ecc. possiamo trovare uno spazio per le sessioni più ricettive, che cercano il rilassamento del corpo e della mente.
- **Canzone d'autore.** Questa tecnica di creazione di canzoni a partire da esperienze o vissuti emotivi può promuovere l'identità personale o di gruppo sociale, se si tratta di una creazione comune.

2.5 Esperienza personale

Negli anni di professione, svolgendo attività di musicoterapia con utenti affetti da ED in un ospedale pubblico di Barcellona, ho potuto apprezzare come la musica aiuti a mobilitarli a livello emotivo, generando connessione e comunicazione emotiva e promuovendo una sana

regolazione emotiva adeguata al contesto. Allo stesso modo, la musica aiuta ad alleviare la depressione e l'ansia (comunemente associate ai disturbi alimentari), a rilassarsi, a migliorare il sonno e il riposo, a migliorare e creare una corretta identità e autostima. Cerca di dare voce alla sana voce interiore che vuole guarire, di ridurre lo stress e i livelli di pressione. Le sedute di musicoterapia sono percepite come un ambiente giocoso e rilassato che aiuta a ridurre il senso del ridicolo, lavorando sull'umorismo e sulla creazione di un buon legame terapeutico con il musicoterapeuta professionista e/o con il gruppo.

In conclusione, la musicoterapia offre un ambiente ideale che, nel contesto ospedaliero o ambulatoriale in cui si svolgono le sedute, offre uno spazio positivo e umano in grado di aiutare queste persone durante un processo complicato, con l'obiettivo di accompagnarle nel loro recupero.

Danza/movimento terapia (DMT)

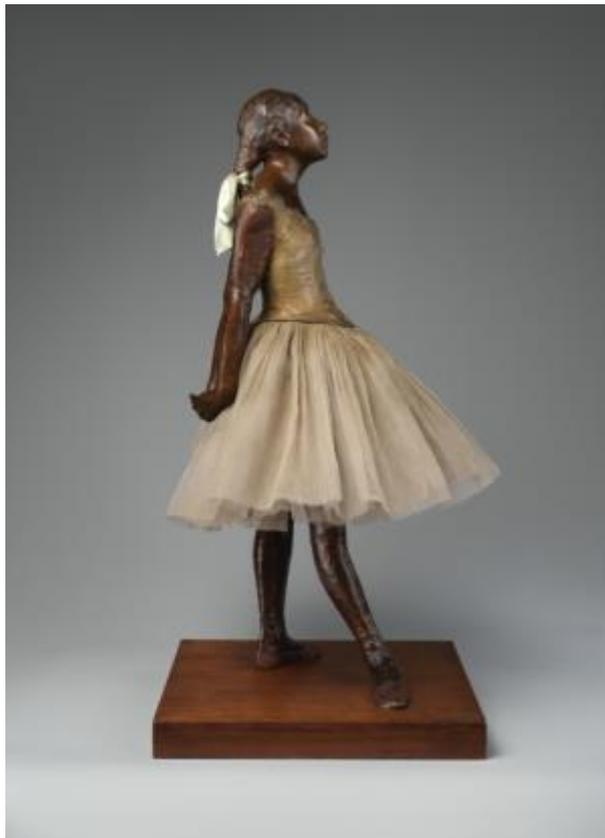


Fig. 12. Edgar Degas, *La Petite Danseuse de Quatorze Ans* (1880) (Wikipedia Creative Commons CC0 1.0 Dedicazione universale al pubblico dominio)

In generale, le terapie di espressione corporea che prevedono il movimento o attività statiche, come il rilassamento o la meditazione, non sono generalmente ben tollerate dai pazienti affetti da DE perché portano all'introspezione, una situazione in cui non si sentono a proprio agio perché non sanno come gestirla e che può sopraffarli. Tuttavia, paradossalmente, le attività di movimento permettono di concentrarsi sull'attività e non sul corpo. Potremmo dire che si connettono con il corpo attraverso l'attività.

Nel suo studio sulle ED nei ballerini di danza classica di Malaga, in Spagna, Alvero-Cruz et al. scrivono: L'influenza dei fattori culturali e sociali sullo sviluppo delle ED e delle loro manifestazioni è stata studiata da molteplici prospettive", e l'articolo prosegue affermando che nel caso delle ballerine "è risaputo che passano innumerevoli ore a esercitarsi davanti a specchi dove il loro corpo viene esaminato da vicino da loro stesse e dagli altri". Questo esame ravvicinato da parte di loro stessi e degli altri è qualcosa che li fa sentire a disagio con se stessi e

con l'immagine del loro corpo. Ciò è aggravato, come dice Alvero-Cruz, da "alti livelli di perfezionismo riguardo alla danza e a una specifica forma del corpo, combinati con le pressioni socioculturali per la magrezza insite nella professione della danza"[18] Anche Maria Conde Gutierrez [19] equipara la danza classica a un fattore di rischio per le ED: 'La danza classica è una disciplina impegnativa che richiede ai ballerini un eccellente controllo del proprio corpo, una figura estremamente snella e una notevole dedizione. Queste esigenze elevate potrebbero favorire lo sviluppo di disturbi alimentari nelle persone che iniziano questa pratica, creando una popolazione a rischio.' [19].

Tuttavia, la DMT è stata utilizzata per alleviare o "curare" la DE. Frisch.M. et al. nel loro lavoro fondamentale [20] affermano giustamente che: "Il corpo è un campo di battaglia centrale nei disturbi alimentari, il che rende la DMT un promettente trattamento aggiuntivo". È interessante il modo in cui l'articolo collega mente-corpo: la nostra adesione al dualismo cartesiano dal 17th secolo, almeno in Occidente, ha portato a un approccio dicotomico a tutto ciò che ci circonda, non da ultimo in medicina e salute. L'articolo in questione controbatte aggiungendo che "la maggior parte dei danzamentoterapeuti basa la propria arte terapeutica sull'idea che il corpo e la mente siano inconsciamente (o consciamente) collegati e si sforza di influenzare la mente attraverso un qualche tipo di lavoro diretto con il corpo. In altre parole, gli effetti positivi sul corpo possono spesso tradursi in cambiamenti positivi nella mente".

In Spagna esistono studi che dimostrano che la danza e la terapia del movimento possono essere utilizzate per contrastare il disagio e, analogamente alla MT e all'AT, consentono ai pazienti affetti da ED di familiarizzare e sentirsi a proprio agio con il proprio corpo. E questo può essere ottenuto attraverso la danza: la moneta a due facce, il Giano bifronte, di nuovo al lavoro. Utilizzeremo uno studio spagnolo - *Re-inhabiting one's body: A pilot study on the effects of dance movement therapy on body image and alexythymia in eating disorders* (21), e anche se si tratta di uno studio misto (cioè sia quantitativo che qualitativo) ci concentreremo su quello qualitativo, che riguarda le emozioni dei pazienti affetti da ED, e includeremo alcune delle loro narrazioni personali.

Quattordici pazienti con disturbi alimentari sono stati reclutati da una clinica privata di Barcellona chiamata SETCA (Servicio Especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria - Servizio specializzato in disturbi alimentari). Sette di questi pazienti sono stati assegnati al gruppo DMT tramite quasi randomizzazione, mentre gli altri cinque sono stati trattati come di consueto. Per il gruppo DMT sono state effettuate dodici sedute, facoltative, nell'arco di 14 settimane. Nel frattempo, entrambi i gruppi, DMT e gruppo di controllo, hanno continuato il trattamento abituale.

Inoltre, ciascuno dei partecipanti al gruppo DMT è stato invitato a tenere un diario riflessivo per ottenere una migliore comprensione dei processi e per potersi esprimere.



Fig 13 Henri Matisse, *La danse* 1909, (Wikipedia Creative Commons CC0 1.0 Dedicazione universale al pubblico dominio)

Ecco alcuni esempi *casuali* tratti da quei diari riflessivi inclusi nei seguenti cinque domini: (A) Emozioni, umore e Alessitimia, (B) Corpo e movimento, (C) Aspetti interpersonali, (D) Metafore e (E) Riflessioni.

(A) Emozioni, umore e Alessitimia.

"Oggi ero emotivamente meno calmo e tranquillo a causa delle circostanze e del futuro prossimo" (P1S04)

"Esco dalla sessione più energico e felice, mi sento meglio di prima" (P5S10)

"Sono rimasto sorpreso di aver pianto così tanto, così profondamente, così intensamente..." (P6S07)

(B) Corpo e movimento

I partecipanti hanno apprezzato diversi aspetti delle sessioni di movimento:

"Con la palla, sono riuscito a individuare quali parti del mio corpo erano più ricettive" P6S05 o

"Più tardi, quando abbiamo dovuto camminare, il mio divertimento e il mio "lato giocoso" sono usciti con la palla" (P5S10).

(C) Aspetti interpersonali

Gli autori sottolineano come gli elementi interattivi siano stati molto importanti in quanto hanno innalzato i livelli di energia dei partecipanti, proprio come nel caso del *legame* sperimentato nell'AT di HUSE sotto la guida di Eugenia Nadolu. Ecco alcune riflessioni:

"Mi è piaciuta la P7 come partner. Mi ha sorpreso positivamente ed è stato un modo nuovo e diverso per conoscerla e avvicinarmi un po' a lei" (P6S10) o

"Mi è piaciuto molto anche l'esercizio successivo. Qualcuno mi toccava il mento, tenendolo dal basso. Mi ha fatto sentire particolarmente bene, come se non dovessi mai dubitare o dimenticare di tenere la testa alta" (P6S12).

(D) Metafore

Gli autori citano Lakoff e Johnson (22) quando si riferiscono alla metafora come rappresentazione non solo linguistica, ma anche di sogni, ricordi e *sentimenti*, e in una delle tecniche i partecipanti sono stati guidati a pensare a un luogo che potesse trasmettere un senso di sicurezza e protezione. Uno ha fatto riferimento alla spiaggia, ma senza molte persone, mentre un altro ha detto: "Non riesco a vedere l'oceano, ma è dentro di me". Confusione. Un caffè a Parigi, vuoto..... Posso osservare il paesaggio attraverso le finestre del caffè. Calma". Un'altra ha detto che il suo luogo sicuro è una persona: "E' il mio posto sicuro". (P6S07).

(E) Riflessioni

Mostreremo due riflessioni, una più negativa dell'altra, per dare un quadro più ampio:

"La solitudine. Credo che si tratti soprattutto di questo, oltre ad altre cose. Alla fine, il nucleo di tutte le mie preoccupazioni è la paura e alla base c'è la solitudine, il non sentirsi accuditi, amati...." (P4S11), mentre un altro paziente riflette: "Ora sono più aperto di mente mi ha fatto bene cambiare idea" (P5S07).

Questi commenti sono interessanti perché dimostrano, a mio avviso, che le parole degli autori, "l'analisi qualitativa ha rivelato altri fattori delle sessioni di DMT che sono stati apprezzati dai partecipanti, i quali hanno riferito un aumento della consapevolezza di sé, un miglioramento degli stati emotivi e hanno apprezzato l'interazione verbale e non verbale con i membri del gruppo e con il terapeuta", suonano vere.

La chiave forse sta nel combinare le arti-terapie, come in questo caso la DMT, con i trattamenti ED più tradizionali. Questa combinazione porterebbe equilibrio e fornirebbe un approccio più olistico ed efficace a una malattia complicata che si divide tra corpo e mente. Il nostro corpo è in costante trasformazione, come ha ricordato Gavin Francis all'inizio di questo breve capitolo, ma le ED sono cambiamenti che ci colpiscono sia fisicamente che emotivamente, come dice Francis parlando dell'anoressia nervosa: "... È una malattia imperscrutabile: sconcertante e frustrante per chi ne soffre, come può esserlo per chi cerca di aiutarlo. Alcune malattie mentali dissolvono i confini del sé, strappando le cuciture con cui teniamo insieme il nostro io" [4] Quest'ultima frase è, a nostro avviso, l'essenza delle ED e molto deve essere

ancora fatto per combattere questa terrificante distruzione del sé nei pazienti con ED. Le emozioni giocheranno un ruolo importante.

Riferimenti

- [1] Ovidio e Allen Mandelbaum, *Le Metamorfosi di Ovidio*. New York: Harcourt Brace, 1993.
- [2] American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 2013.
- [3] Schneider, John A. Disturbi alimentari, dipendenze e fantasia inconscia *Bulletin of the Menninger Clinic*; primavera 1995, 59(2):177-90.
- [4] Gavin Francis, *Shapeshifters: A Doctor's Notes on Medicine & Human Change*, Wellcome Collection, 2019.
- [5] Willett WC; Sacks, F; Trichopoulou, A; Drescher, G; Ferro-Luzzi, A; Helsing, E; Trichopoulos, D "La piramide della dieta mediterranea: un modello culturale per una sana alimentazione". *American Journal of Clinical Nutrition*. 1995, 61 (6): 1402S–6S. doi:10.1093/ajcn/61.6.1402s. PMID 7754995
- [6] Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, Medina FX, Battino M, Belahsen R, Miranda G, Serra-Majem L; Gruppo di esperti della Fondazione Dieta Mediterranea. La piramide della dieta mediterranea oggi. Aggiornamenti scientifici e culturali. *Public Health Nutr*, 2011 Dec; 14(12A):2274-84. doi: 10.1017/S1368980011002515.
- [7] <http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-cuarto-pais-de-europa-con-mayor-indice-de-obesidad-infantil>
- [8] Estudio sobre la alimentacion, actividad fisica, desarrollo infantil y obesidad en Espana 2019 https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Breve_ALADINO2019_NAOS.pdf
- [9] D'Innocenzo S, Biagi C, Lanari M. Obesità e dieta mediterranea: A Review of Evidence of the Role and Sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients*. 2019 Jun 9, 11(6):1306. doi: 10.3390/nu11061306. PMID: 31181836; PMCID: PMC6627690. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6627690/>
- [10] Donini LM, Ricciardi LM, Neri B, Lenzi A, Marchesini G. Rischio di malnutrizione (sovra e sotto-nutrizione): validazione dello strumento di screening JaNuS. *Clin Nutr*. 2014 Dec, 33(6):1087-94. doi:10.1016/j.clnu.2013.12.001.
- [11] Bertoli, S., Spadafranca, A., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M., Ponissi, V., Beggio, V., Leone, A., Battezzati, A. L'aderenza alla Dieta Mediterranea è inversamente correlata al disturbo da abbuffata in pazienti che cercano un programma di perdita di peso. *Nutrizione clinica*. 2015, 34. 107-114. 10.1016/j.clnu.2014.02.001.
- [12] <https://www.unav.edu/web/departamento-de-medicina-preventiva-y-salud-publica/proyecto-sun>
- [13] Timoney, L.R., Holder, M.D. Definizione di alessitimia. In: *Deficit di elaborazione emotiva e felicità*. SpringerBriefs in Well-Being and Quality of Life Research. Springer, Dordrecht, 2013, https://doi.org/10.1007/978-94-007-7177-2_1.
- [14] Asociación Española de Pediatría. Eventos digitales <https://www.aepeventosdigitales.com/courses/info/914#:~:text=Esta%20nueva%20edici%C3%B3n%20tendr%C3%A1%20lugar,4%20de%20junio%20de%202022.>
- [15] L'arteterapia come terapia per pazienti con disturbi della condotta alimentare in Anoressia e Bulimia, Profesionales TCA, Recursos TCA, Testimonios <https://www.clinicacta.com/ctatestimonios/testimonios-de-pacientes-con-anorexia/>
- [16] Edward A. S. Duncan, *Foundations for practice in occupational therapy*, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

- [17] Banda Sonora Vital è un progetto di ricerca su musica e memoria promosso dal Music Technology Research Group dell'Universitat Pompeu Fabra, Barcellona, Spagna <http://bandasonoravital.upf.edu/>.
- [18] Alvero-Cruz JR, Parent Mathias V, García-Romero JC. Componenti del somatotipo come utili predittori di atteggiamenti alimentari disordinati in giovani studentesse di danza classica. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9(7):2024. <https://doi.org/10.3390/jcm9072024>.
- [19] Maria Conde Gutierrez, Factores de riesgo individuales y contextuales asociados al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en bailarinas de danza clásica, Tesi di laurea, Universidad del Pais Vasco, 2020, <https://addi.ehu.es/handle/10810/47686>.
- [20] Maria J. Frisch, Debra L. Franko & David B. Herzog (2006) Arts-Based Therapies in the Treatment of Eating Disorders, *Eating Disorders*, 14:2, 131-142, DOI: [10.1080/10640260500403857](https://doi.org/10.1080/10640260500403857).
- [21] Savidaki, M., Demirtoka, S. & Rodríguez-Jiménez, RM. Riabitare il proprio corpo: Uno studio pilota sugli effetti della danza movimento terapia sull'immagine corporea e sull'alesitimia nei disturbi alimentari. *J Eat Disord* 8, 22 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00296-2>.
- [22] Lakoff, G., Johnson, M. *Metaphors we live by*. Chicago, University of Chicago Press, 1980.

3. Tendenze e prospettive dell'immagine corporea in Lituania

Aelita Skarbalienė, César Agostinis - Sobrinho, Akvilė Sendriūtė, Egidijus Skarbalius

Università di Klaipėda

Klaipėda, Lituania

aelita.skarbaliene@ku.lt, cesaragostinis@hotmail.com, akvile.sendriute@gmail.com,
e.skarbalius@gmail.com

Abstract. *L'aspetto del corpo umano e la sua immagine nella società lituana sono attualmente uno dei temi più rilevanti per la salute. Nei media e su Internet si presta molta attenzione all'aspetto del corpo umano e all'immagine della persona; prevalgono alcuni standard di aspetto corporeo, la cui mancata osservanza può avere un impatto negativo sulla salute fisica e mentale di una persona e sulla sua vita sociale. Gli individui e la società percepiscono e valutano l'immagine corporea in base alla forma, al peso, alle misure della circonferenza, ad altre caratteristiche dell'aspetto fisico del corpo e ai loro difetti. I nutrizionisti lituani notano che nella società c'è ancora lo stigma che l'obesità non sia una malattia ma una negligenza della persona, motivo per cui le persone affette da obesità raramente parlano apertamente delle difficoltà che temono. Il corpo snello è desiderabile in Lituania. Tuttavia, in contrasto con l'influenza negativa dei media sulla formazione dell'immagine corporea, sono in atto anche iniziative positive da parte di istituzioni formali, influencer e media.*

3.1 Introduzione

Il numero di persone obese ed estremamente magre è in aumento nei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo, per cui il problema rimane una sfida importante per la salute pubblica in tutto il mondo, compresa la Lituania [1].

L'aspetto del corpo umano e la sua immagine nella società lituana contemporanea sono uno dei temi più rilevanti per la salute. Nei media e su Internet si presta molta attenzione all'aspetto del corpo umano e all'immagine della persona; prevalgono alcuni standard di aspetto corporeo, la cui mancata osservanza può avere un impatto negativo sulla salute fisica e mentale di una persona e sulla sua vita sociale. Gli individui e la società percepiscono e valutano l'immagine corporea in base alla forma, al peso, alle misure della circonferenza, ad altre caratteristiche dell'aspetto fisico del corpo e ai loro difetti [2].

Storicamente, i primi messaggi della stampa sull'immagine del corpo in Lituania risalgono agli anni '20 del XX secolo. La fine degli anni '20 è un periodo in cui nelle città lituane si sta già formando un certo strato (sociale) medio, i cui tratti distintivi sono definiti come l'essere lituano, vivere in un'area urbana e svolgere un'attività professionale. Questo gruppo si definiva *l'intelligenza*. In quel periodo apparvero nuovi periodici di stampa, incentrati sulla classe media alla ricerca di nuovi aspetti di autoidentificazione. In queste pubblicazioni, per la prima volta, inizia il discorso della bellezza e delle questioni ad essa collegate - moda, flirt, danza moderna, cura del corpo -. Si ritiene che lo status sociale del gruppo rappresentato dalla persona si esprima attraverso l'aspetto, che quindi deve essere conforme a determinati modelli convenzionali. L'aspetto di un abitante della città deve essere diverso da quello di un operaio o di un contadino, cioè l'aspetto di un abitante della città deve essere moderno. In questo caso, la modernità viene percepita come un adeguamento agli standard di bellezza che arrivano in Lituania da Parigi o da Hollywood. La prima innovazione di cui parlano i sociologi che studiano le società dell'epoca è la rinascita della fisicità. Si differenzia dalle precedenti rinascite della corporeità in quanto il corpo diventa non solo oggetto di ammirazione, ma di costruzione. La

costruzione del corpo assumeva spesso forme brutali. La stampa pubblicava costantemente varie formule per le proporzioni corporee e le donne erano incoraggiate a credere che avrebbero potuto raggiungere tali proporzioni se avessero lavorato duramente [3].

Nella società moderna, l'immagine corporea è definita come un insieme complesso e multivalente di costrutti somatici e psicologici che rappresentano un ritratto dell'aspetto fisico, delle dimensioni e della forma del corpo, dei sentimenti e del comportamento del soggetto [4]. Nella società moderna è diffusa la coscienza del corpo oggettivato, cioè la tendenza a percepire il proprio corpo come un oggetto osservato e valutato dagli altri [5].

Esistono diverse componenti che determinano l'una o l'altra valutazione del proprio corpo. Queste componenti includono un certo comportamento umano, uno stato o un ambiente, ad esempio le abitudini alimentari nella cerchia della famiglia e/o degli amici, l'indice di massa corporea, i media (televisione, stampa scritta), lo stato psicologico (fiducia in se stessi, tendenza alla depressione, bullismo vissuto o sperimentato a causa del peso, difetti del corpo) [6]. I media, come una delle componenti citate, creano le condizioni per la pressione sociale a conformarsi agli standard e alle aspettative relative all'aspetto.

Studi condotti in Lituania hanno rivelato che l'immagine corporea degli adolescenti è correlata all'autostima (il sentimento di amore per se stessi), al concetto di sé e alla regolazione del benessere psicologico. Molti fattori biologici, psicologici e socioculturali influenzano l'immagine corporea sana e distorta (le dimensioni e le forme reali del corpo di una persona, la percezione di sé, lo stato mentale, l'ambiente familiare, le opinioni di parenti e colleghi, gli standard culturali, la pressione della società, la stampa e i media visivi, il marketing di forme corporee non realistiche e la promozione) [7]. I media, la pressione familiare e dei coetanei, il bullismo e molti altri fattori psicologici possono promuovere l'insoddisfazione corporea e quindi contribuire allo sviluppo dei disturbi alimentari [8]. I media pubblicano immagini di personaggi famosi o di modelli e le loro immagini sono strettamente correlate all'influenza sull'immagine corporea degli adolescenti. Gli adolescenti guardano ai media per avere informazioni sul loro ruolo e sul loro valore sociale [9].

Pertanto, i mass media e l'ambiente sociale hanno plasmato l'immagine del corpo in Lituania per quasi 100 anni. Di conseguenza, seguono molti disturbi alimentari e problemi psicologici negli adolescenti [10]. Tuttavia, tenendo conto del fatto che le tendenze degli atteggiamenti verso l'immagine corporea cambiano all'incirca ogni cinque anni, le tendenze odierne in materia di grassezza e magrezza in Lituania sono esaminate di seguito.

3.2 Immagine del corpo grasso in Lituania

Secondo il Dipartimento di Statistica, negli ultimi anni più della metà della popolazione lituana è risultata in sovrappeso: il 38% era in sovrappeso, soprattutto uomini, e il 19% aveva una diagnosi di obesità. Quest'ultima diagnosi è più comune nelle donne. Sebbene il sovrappeso sia associato a circa mezzo centinaio di problemi di salute e a un benessere mentale negativo, in Lituania questa condizione viene immeritabilmente ignorata.

Le osservazioni dell'Istituto di Igiene mostrano che il numero di bambini obesi è in aumento in Lituania. Negli anni 2019-2020, un quinto di tutti i bambini sotto i 18 anni era in sovrappeso o obeso. Il sovrappeso può essere il segnale di malattie gravi come il diabete, le malattie endocrine o i problemi al pancreas. È noto che anche le malattie del sistema nervoso centrale contribuiscono all'obesità.

Sebbene la pandemia di COVID-19 e le serrate abbiano limitato gli spostamenti e le opportunità di attività fisica e abbiano creato i presupposti per la crescita del sovrappeso, i medici notano che il numero di persone in sovrappeso nello studio medico non è aumentato.

Pertanto, nella società lituana, l'atteggiamento nei confronti dell'obesità è leggermente distorto e non viene considerato un problema rilevante. I medici affermano che le persone di

solito si rivolgono ai medici per altri problemi, anche se l'obesità e il sovrappeso sono spesso la causa di altre malattie.

Cosa si intende per "plus-size"?

L'opinione sul proprio corpo si forma in età molto giovane. Sono molti gli elementi che influenzano il modo in cui i giovani vedono se stessi. Nonostante le varie misure educative, è difficile sfuggire all'immagine corporea "ideale" che viene promossa dai media di oggi (in TV, sulle riviste, su Internet e sui social media).

In Lituania, il culto della bellezza è ancora fortemente distorto. Sebbene l'industria globale stia cercando di cambiare questo stato di cose, per esempio, noti marchi di produzione di massa, come Nike, stanno cercando di scegliere più spesso modelli plus size, è ancora difficile accettarlo in Lituania.

In Lituania esistono progetti che hanno avuto un impatto negativo sulla percezione delle ragazze plus-size da parte degli adolescenti. Ad esempio, sono state selezionate ragazze plus size per partecipare al progetto televisivo "Size (R)Evolution". Lo show è stato ideato per dimostrare che le donne, a prescindere dalla taglia, sono forti, belle e meritano di essere giudicate per il loro talento, non per la taglia dei vestiti che indossano. Durante il reality, le ragazze si sono contese il titolo di vincitrice, il nome di modella plus-size e altri premi. E... La vincitrice del progetto è stata una ragazza di 183 cm di altezza e 73 kg di peso. Il suo IMC era di circa 22, quindi apparteneva al gruppo dei normopeso. Secondo la popolare formula di Brock, una ragazza dovrebbe pesare 84 kg.



Copyright immagine: yeletkeshet / 123RF Stock Photo

Anche noti stilisti lituani e i media hanno iniziato a parlare di questa concezione fuorviante di "ragazza plus-size". C'è stato un dibattito sull'impatto che ha sui giovani il fatto che una ragazza di peso normale venga vista come una "modella plus-size". Molto probabilmente, a causa dell'intensificarsi di questa percezione, una ragazza che indossa abiti di taglia M (EU36) si assegnerà sicuramente alla categoria delle ragazze plus-size e si metterà immediatamente a dieta. Per non parlare del fatto che, dopo la finale di questo show, gli organizzatori hanno dichiarato che la vincitrice doveva essere carismatica, coraggiosa e non necessariamente MOLTO grassoccia. Tuttavia, si presume che, guardando un programma televisivo di questo tipo, la giovane ragazza non penserà davvero ad alcuni tratti del carattere o al coraggio di fronte alle telecamere. Il fatto che una donna che indossa abiti di taglia M sia considerata grassottella, probabilmente sarà la questione più importante per la giovane.

È importante ricordare che la decisione della vincitrice del progetto di partecipare a una sfilata di questo tipo è stata determinata da un'errata concezione del proprio peso. Da adolescente, ha partecipato alla selezione delle modelle e non si è adattata agli abiti della taglia XS (EU34), per cui lei stessa ha deciso che era troppo spessa e che doveva perdere peso. La dieta non ha dato risultati duraturi e la ragazza ha rinunciato.

Pertanto, gli atteggiamenti formati verso l'immagine corporea e gli stereotipi possono avere un effetto a valanga e influenzare non solo un individuo, ma un'intera generazione.

La bellezza non ha peso

Tuttavia, in contrasto con l'influenza negativa dei media sulla formazione dell'immagine corporea, sono in atto anche iniziative positive.

La fotografa Simona Banyte ha voluto dimostrare che le donne plus size sono belle. Qualche anno fa ha lanciato il progetto fotografico "La bellezza non ha peso", che continua tuttora. Simona fotografa donne che indossano abiti plus-size ed è felice di contribuire al loro benessere. Il titolo del progetto è stato sviluppato con cura fino a quando è stato finalmente stabilito: la bellezza non ha peso nel senso letterale del termine. La bellezza non pesa 50 kg, 90 kg o altro. In effetti, è impossibile pesare la bellezza.



Copyright dell'immagine: deniskalinichenko /
123RF Foto stock

L'autore del progetto concorda ancora sul fatto che, in senso figurato, la bellezza ha un peso e, in molti casi, parecchio. Tutti, per natura, desiderano essere belli. Ma la percezione che ognuno ha della bellezza è diversa. Questa percezione si forma man mano che una persona cresce e matura. La bellezza è sempre stata intesa in modo diverso, soprattutto quella delle donne. Nel corso della storia dell'umanità, una donna bella è stata considerata piena o snella, con una pelle bianca come la carta o estremamente abbronzata, con o senza sopracciglia folte, ecc.

Così, la fotografa ha iniziato questo progetto fotografico nel 2014, quando in Lituania non era così popolare parlare di donne plus-size, soprattutto scattare foto e condividerle in pubblico. A quel tempo, non era davvero facile trovare donne disposte a partecipare a un progetto fotografico di questo tipo, a mostrare le loro forme del corpo e a rendere pubblico ciò che di solito sono abituate a nascondere.

Oggi è tutto diverso. Finalmente le nuove tendenze globali hanno raggiunto la Lituania e le case di moda più famose scelgono modelli plus-size per le sfilate, vengono organizzati vari progetti televisivi i cui partecipanti sono donne e uomini plus-size, le copertine delle riviste sono

decorate da persone di taglie diverse, ecc. È gratificante che l'approccio alla bellezza esteriore stia diventando più ampio e si stia espandendo.

Secondo Simona, è particolarmente importante vedere questi esempi per i bambini e gli adolescenti che stanno ancora sviluppando se stessi. È importante aiutarli a capire che va bene essere come si è, che l'aspetto esteriore e la taglia dei vestiti che si indossano non sono un verdetto che indica che si è migliori o peggiori. Si nota che attualmente c'è una nuova tendenza nei social media, ovvero quella di mostrare un'immagine realistica di sé senza filtri. Ed è davvero gratificante.

La fotografa Simona è molto sorpresa dal fatto che le donne che scrivono e vogliono partecipare a un progetto fotografico siano spesso magre o addirittura magrissime ma si considerino plus-size. Quando una giovane ragazza carica la sua foto, che mostra chiaramente che ha una corporatura media e che ha bisogno di almeno altri 20 kg per diventare plus-size, diventa molto triste che sottovaluti la sua immagine reale e sottovaluti se stessa.

Tuttavia, di seguito è riportata la storia di una donna che ha cambiato il suo atteggiamento nei confronti del proprio corpo durante la durata del progetto.

La storia di Paulina: mi ci è voluto un po' per amarmi con tutto il grasso e la cellulite

"L'adolescenza in sé è stata piuttosto difficile. Non capivo cosa mi stesse succedendo, perché stessi cambiando, perché il mio corpo stesse cambiando. Ricordo che da ragazza estremamente magra sono diventata improvvisamente una donna. Una donna con tutti i vantaggi. Ora lo chiamo vantaggio, ma all'epoca non mi piaceva affatto.

Pertanto, ho cercato di eliminare i cambiamenti seguendo varie diete. Volevo ancora essere quella che ero: una ragazza magra.

Il risultato desiderato è stato raggiunto, ma è stato solo temporaneo. Non appena ho ripreso la mia dieta normale, il

Il peso è tornato nello stesso momento. Ho vissuto così per quasi 7 anni. Mi mettevo a dieta per perdere peso. Mi ci è voluto un po' per capire finalmente: "Il mio corpo è la mia casa e lo amo con tutto il grasso, le smagliature e la cellulite!".

La mia vita è cambiata dal giorno in cui ho cambiato idea! La fiducia in me stessa è aumentata. Ho iniziato a non aver paura di abiti più aperti e persino di un costume da bagno. Sono finalmente diventata felice. Una donna deve avere un aspetto femminile. Penso che tutti i corpi siano fantastici! Lo dico perché io stessa sono stata sia estremamente magra che con molto grasso, quindi posso dire con certezza che il peso è solo un numero! La cosa più importante è come ci si sente nel proprio corpo, se è bello viverci o se si è felici. Dopo tutto, il nostro corpo è la nostra casa per la vita, quindi dobbiamo rispettarlo e prendercene cura in modo adeguato. Non bisogna evitare l'attività fisica e il cibo sano, perché è da questo che dipende il nostro benessere. Naturalmente, non temiamo gli incontri con gli amici e una fetta di torta, la cosa più importante è l'equilibrio!".

Questa storia e le storie di altre partecipanti sono condivise pubblicamente per ispirare altre donne a diventare sicure di sé nel corpo che hanno e a cercare di avere un corpo sano, ma non una certa immagine corporea.

Un invito a cambiare l'atteggiamento nei confronti dell'immagine corporea

I nutrizionisti lituani notano che nella società è ancora presente lo stigma secondo cui l'obesità non è una malattia ma una negligenza della persona, motivo per cui le persone affette da obesità raramente parlano apertamente delle difficoltà che incontrano a causa dell'atteggiamento critico. Per questo motivo, negli ultimi anni l'educazione alla salute pubblica si è concentrata sull'obesità come malattia causata dall'interazione di fattori genetici e ambientali che portano allo sviluppo e alla progressione di altre malattie, e le persone sono incoraggiate a consultare medici e specialisti della salute [11].

Un'ampia ricerca dimostra che sia i bambini che gli adulti in Lituania tendono ad avere un atteggiamento negativo nei confronti delle persone in sovrappeso. Ciò è direttamente collegato all'opinione prevalente nella società secondo cui il peso può essere controllato e il sovrappeso è equiparato a una mancanza di volontà. Per esempio, durante l'esperimento sociale in una palestra, alle ragazze adolescenti è stato chiesto di valutare le foto di altre ragazze in termini di attrattiva: le ragazze in sovrappeso hanno ricevuto i punteggi più bassi. Tuttavia, quando le partecipanti all'esperimento sono state avvertite che le ragazze obese avevano problemi alla tiroide, le loro foto sono state valutate altrettanto attraenti di quelle delle ragazze di peso moderato. Nel primo caso, quindi, le ragazze in sovrappeso sono state percepite come responsabili del proprio peso e, nel secondo, come vittime di problemi di salute.

Per combattere lo stigma dell'obesità, la società è stata ultimamente istruita sul fatto che dovremmo innanzitutto identificare personalmente le nostre attitudini e i nostri atteggiamenti verso il peso che trasmettiamo inconsciamente attraverso le nostre parole e i nostri comportamenti, contribuendo così allo stigma. Dovremmo percepire il sovrappeso come un problema di salute specifico e non attribuirlo a una persona come un tratto personale. "Sono obeso" significa che sono già così e che non farò nulla. Provoca disperazione e innesca un circolo vizioso di pensieri negativi. "Sono malato di obesità" significa che c'è un problema che è in un certo senso distaccato da me. In questo modo, è più facile controllarlo e compiere alcuni passi concreti per risolverlo.

Un'altra questione importante da insegnare è come chiamare queste persone. Si dovrebbe dire che una persona "è in sovrappeso", "ha un alto indice di massa corporea" o "è obesa". Le diverse lingue hanno una terminologia normativa e un gergo per chiamare le persone in sovrappeso. Alcuni termini possono essere offensivi. La società deve essere educata su come chiamare eticamente le persone in sovrappeso.

Anche i media potrebbero contribuire a ridurre lo stigma dell'obesità. Negli articoli sull'obesità e sui problemi di sovrappeso, nelle pubblicità su come perdere peso, di solito troviamo l'immagine di un adulto o di un bambino in sovrappeso ridotto ad alcune parti del corpo più grosse, che difficilmente suscitano ammirazione. Questo è un messaggio sbagliato che le immagini trasmettono, che i pubblicitari potranno sempre sostituire utilizzando persone non obese [12].

3.3 La cultura della snellezza o spinta alla perfezione

La cultura della magrezza nei mass media lituani

Nel condurre l'indagine sugli ideali di magrezza nei media lituani, si è notato che questo argomento non è ampiamente studiato; di conseguenza, sono stati analizzati gli ideali di magrezza promossi esclusivamente dalla stampa.

In uno studio condotto nel 2002 sono state intervistate 4347 ragazze di età compresa tra i 10 e i 18 anni. È emerso che, secondo le intervistate, l'ideale di corpo più magro è promosso dalle riviste. È emerso inoltre che la rivista, che idealizza principalmente un corpo estremamente magro, è considerata dalle ragazze come *Panelė*. Va detto che in questo studio non è stato analizzato il contenuto dei media, ma le affermazioni delle ragazze sull'ideale di corpo promosso in alcune pubblicazioni suggeriscono che il contenuto delle riviste lituane per donne e ragazze presta particolare attenzione all'ideale di magrezza e ai modi per raggiungerlo e mantenerlo [13].

Un'altra pubblicazione analizza i ruoli e gli stereotipi di genere piuttosto che gli ideali corporei. Tuttavia, gli autori di questo studio osservano che "... tutti gli studi hanno un denominatore comune. Si tratta di un'attenzione preminente al corpo della donna, cioè alla sessualità e ai fattori che la sostengono". Così, anche quando si tratta del posto e del ruolo di una donna nella società, la sua carriera e i suoi risultati professionali sono indispensabili senza prendere in considerazione l'area della forma del corpo ideale [14].

Un altro studio ha analizzato la forma del corpo ideale promossa nelle quattro riviste più lette dalle ragazze di 15-16 anni: *Panelè*, *Žmonės*, *Extra Panelė* e *Cosmopolitan*. Dopo aver analizzato le foto pubblicate nelle riviste, è emerso che *"la metà delle foto mostra corpi al limite tra l'anoressia e la normalità, e un terzo di esse mostra immagini del corpo di una donna che soddisfano i criteri dell'anoressia". Le foto che soddisfano i criteri dell'anoressia sono più comuni nelle pubblicità*" [15].

Lo stesso studio ha anche rilevato che le ragazze con un IMC basso tendevano a considerarsi con una corporatura normale, mentre quelle con un IMC normale tendevano a considerarsi in sovrappeso. Secondo gli autori dello studio, ciò dimostra che i media formano una percezione distorta di sé e hanno un impatto negativo sullo sviluppo della personalità delle ragazze sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Un altro studio presenta le tendenze nella rappresentazione degli spunti dell'immagine corporea nelle riviste lituane rivolte a bambini e adolescenti in relazione ai cambiamenti dell'indice di massa corporea reale (BMI) e della percezione delle dimensioni corporee delle ragazze di 16-19 anni negli anni 2000 e 2015. Tre riviste popolari pubblicate sia nel 2000 che nel 2015 sono state scelte per un'analisi approfondita dei loro contenuti (è stata contata e confrontata la periodicità dei diversi argomenti). L'attenzione per un'immagine corporea sana è aumentata e la promozione di un corpo femminile particolarmente magro è diminuita negli ultimi 15 anni, passando dalla tipologia dominante nel 2000 alla rappresentazione di una corporatura leggermente magra o normale nel 2015. Tuttavia, l'IMC reale delle ragazze lituane di 16-19 anni è aumentato significativamente nel periodo 2000-2015 (da 20,09 a 21,32 kg/m²; p<0,001). Nonostante ciò, le ragazze adolescenti più grandi erano più soddisfatte delle proprie dimensioni e forme corporee nel 2015 rispetto al 2000. Il presente studio ha dimostrato che l'evoluzione delle rappresentazioni dell'immagine corporea nei mass media (riviste rivolte a ragazze adolescenti) si è verificata parallelamente ai cambiamenti nella corretta autostima delle dimensioni corporee nelle ragazze adolescenti [16].

Tendenze nella promozione dell'attività fisica

Il Programma sanitario lituano prevede di aumentare l'attività fisica della popolazione del Paese. Mira ad aumentare del 50% il numero di studenti fisicamente attivi e a ridurre il numero di persone fisicamente inattive sotto i 65 anni.

In Lituania stanno sorgendo sempre più centri sportivi e sanitari privati, che offrono alle persone con un reddito superiore alla media e a quelle con un reddito più alto le condizioni per fare attività fisica.



Copyright dell'immagine: robuart /123RF Stock Photo

Tuttavia, il culto del corpo promosso dall'industria della bellezza e dai media ha assunto un ruolo centrale nei sistemi di marketing di molti centri sportivi privati, minando così gli obiettivi e l'importanza dell'attività fisica. L'identificazione dell'attività fisica solo con il miglioramento del corpo e la diffusione di tali atteggiamenti è associata a danni diretti e indiretti alla salute pubblica.

L'attuale politica sportiva lituana si concentra principalmente sulla promozione degli sport d'élite e l'attività fisica è intesa al massimo come movimento Sport per tutti. Nessuna istituzione statale si assume la responsabilità delle condizioni di attività fisica offerte alla popolazione. Con l'espansione del mercato dei centri sportivi privati e dei servizi di bellezza e con l'aiuto dei media, il Paese sta coltivando il culto del corpo. L'attività fisica diventa un mezzo per raggiungere l'immagine desiderata del corpo, ma non un mezzo per raggiungere una cultura comune [17].

Un altro esempio negativo viene dalla famosa influencer lituana. Parla molto di sport, stile di vita sano ed equilibrio. Carica costantemente video e storie di Instagram su uno stile di vita sano ed equilibrato. Tuttavia, quando si va sul suo profilo Instagram, lo sguardo coglie per primo il messaggio chiaramente inviato "Ho perso 30 kg. So come farli perdere anche a te". E anche se sotto continua a scrivere di equilibrio, alimentazione e dimagrimento, la prima idea che si forma è che "tu, che stai leggendo il post, pesi troppo e devi seguire una dieta per perdere peso".

Tuttavia, ci sono sempre più food blogger che creano contenuti sui social network riguardanti un'alimentazione sana ed equilibrata, incoraggiano a mantenere un peso corporeo ottimale quando si mangia e non parlano della necessità di limitare il cibo e di estenuanti diete a digiuno. È inoltre importante sottolineare che le donne lituane stanno diventando più coraggiose e non hanno più paura di parlare apertamente delle malattie, dei problemi e delle difficoltà che hanno affrontato e di cui si sono poi liberate. Anche se è difficile trovare i racconti delle ragazze stesse sui disturbi alimentari, psicologi, nutrizionisti e professionisti della salute sono molto coinvolti. Raccontano apertamente e quindi educano le giovani ragazze su cosa succede se hanno paura di ingrassare, vogliono perdere peso in modo irragionevole e si ammalano di bulimia o anoressia.

Anche nei media nazionali sono apparsi di recente testi educativi basati sulla scienza sull'indice di massa corporea, sui liquidi corporei, sulla massa muscolare e grassa. Sono stati concepiti per informare il grande pubblico su quali miti non vanno creduti e su quali è utile che tutti sappiano.

Viene spiegato che è importante tenere traccia non solo del peso, ma anche di altri dati, dei rapporti tra muscoli e grasso, perché quando si inizia a fare attività fisica, la massa muscolare varia in base al tipo e all'intensità dello sport.

Anche la pesata quotidiana è inutile. Sia gli uomini che le donne possono avere un errore medio di 1,5-2 kg. Il peso migliore è il mercoledì, perché se una persona lavora o studia dal lunedì al venerdì e in quei giorni cerca di seguire il regime dietetico e di esercizio fisico, e nel fine settimana si rilassa, la pesata del lunedì sarà impreciso. Questo può essere influenzato dai livelli di liquidi e persino dalle condizioni atmosferiche. Un'eccessiva assunzione di sale porta anche a un ulteriore accumulo di acqua nel corpo.

In conclusione, si raccomanda di monitorare i segnali inviati da se stessi e dal proprio corpo. Un approccio individualizzato all'attività fisica e alla salute è il più vantaggioso [18].

Esperienza del Centro per i disturbi alimentari

Presso il Centro di salute mentale della città di Vilnius è stato istituito un centro nazionale per i disturbi alimentari. Il reparto fornisce servizi specialistici di livello secondario in regime ambulatoriale, di ricovero e di day-inpatient per adulti e di day-inpatient per bambini e adolescenti. Il reparto è una base didattica dell'università, dove vengono condotti studi pratici da parte di specializzandi e studenti di master in psicologia clinica, fisioterapia e infermieristica.

Il trattamento è graduale e complesso. I pazienti vengono consultati da un terapeuta, un neurologo, un riabilitatore e un assistente sociale, a seconda delle necessità. Viene effettuato un esame psicologico, viene chiarita la diagnosi e viene organizzato un lavoro di squadra. L'équipe è composta da tutto il personale del reparto: medici, infermieri, psicologi, un nutrizionista, un

fisioterapista, medici specializzandi e studenti di psicologia. Ogni settimana l'équipe discute le condizioni dei pazienti, i cambiamenti di peso e di composizione corporea, l'aderenza al regime giornaliero e dietetico, le dinamiche individuali e di gruppo e anticipa i flussi di lavoro settimanali.

Gli adolescenti vengono consultati anche su base ambulatoriale e sono consultati da uno psichiatra infantile e adolescenziale. Il trattamento degli adolescenti può essere continuato in un day-hospital per bambini e adolescenti. Offre servizi specializzati di day-hospital per adolescenti di 14-15 anni con disturbi alimentari. Il trattamento in day-hospital dura in media circa 6 settimane. Servizi forniti nel day-hospital: psicoterapia individuale e di gruppo, consultazioni di un medico nutrizionista e di uno psichiatra infantile e adolescenziale, corsi di psicoeducazione per gli adolescenti e i loro genitori.

Durante l'intervista, il personale medico del Centro ha rivelato che l'assistenza nel day-hospital è molto utile per gli adolescenti. Le sedute psicologiche con i genitori e i bambini svolgono un forte ruolo educativo. I genitori degli adolescenti riconoscono che c'è una grande mancanza di informazioni su come comunicare con un figlio con un disturbo alimentare, su come i genitori e i parenti possono aiutare l'adolescente e così via.

Poiché il centro accoglie adolescenti provenienti da tutta la Lituania, è stato deciso di aumentare il numero di posti nell'unità di day-hospital nel prossimo futuro, e allo stesso tempo di estendere la durata del trattamento in questo ospedale per consolidare meglio i risultati raggiunti.

3.4 Conclusioni

Quasi il 60% della popolazione lituana è in sovrappeso, il 19% è obeso e la maggior parte di essi sono uomini. Inoltre, l'obesità in età precoce è in aumento e i dati attuali mostrano che un quinto di tutti i bambini e gli adolescenti lituani sono in sovrappeso o obesi. Sebbene il sovrappeso sia associato a diversi esiti di salute, questa condizione non sembra avere grande rilievo o priorità nell'agenda della sanità pubblica lituana.

Studi condotti su adolescenti lituani hanno dimostrato che l'immagine corporea è associata all'autostima, al concetto di sé e alla regolazione del benessere psicologico. I media, la pressione della famiglia e dei coetanei, il bullismo e molti altri fattori psicologici promuovono l'insoddisfazione corporea contribuendo ai disturbi alimentari e ai problemi di salute mentale. Ad esempio, in Lituania una donna con un IMC ≈ 22 (gruppo di peso normale secondo l'OMS) è stata la vincitrice di un programma televisivo "plus-size". Pertanto, i mass media e l'ambiente sociale hanno plasmato l'immagine del corpo in Lituania nell'ultimo secolo. Studi nazionali hanno anche dimostrato che la forma del corpo ideale è promossa principalmente da quattro riviste per adolescenti, il cui contenuto per oltre il 50% mostra corpi al confine tra l'anoressia e la normalità, e un terzo di esse mostra immagini del corpo di una donna che soddisfano i criteri dell'anoressia. Pertanto, il culto della bellezza è ancora fortemente distorto in Lituania. Sebbene l'industria mondiale stia cercando di cambiare questa situazione, con abiti e modelli plus size, in Lituania non è stata accettata molto bene. I nutrizionisti notano anche che nella società c'è ancora lo stigma che l'obesità non sia una malattia ma una negligenza della persona, motivo per cui le persone affette da obesità raramente parlano apertamente delle difficoltà che incontrano a causa dell'atteggiamento critico. Studi nazionali hanno inoltre dimostrato che sia i bambini che gli adulti tendono ad avere un atteggiamento negativo nei confronti delle persone in sovrappeso.

Nel complesso, nonostante i limiti degli studi lituani, il presente capitolo evidenzia l'importanza di una nuova agenda nazionale per la salute pubblica su questioni legate al corpo umano quali: standard di aspetto corporeo, percezione di sé, disturbi alimentari e sovrappeso a tutte le età. Pertanto, per ridurre il rischio di stigmatizzazione, le campagne di salute pubblica

(interventi basati sulla comunità - a casa, a scuola, al lavoro e nei media) dovrebbero concentrarsi su messaggi che promuovono stili di vita sani per tutte le età, indipendentemente dal peso, ed evitare di rendere il peso il fulcro dei loro messaggi. Questo approccio può creare una cultura meno vergognosa e può anche iniziare a livello di comunità con azioni di base per incoraggiare norme culturali più inclusive e accettate sull'aspetto corporeo.

Riferimenti

- [1] Raskilienė A. Antsvoris Lietuvos gyventojų populiacijoje: paplitimo pokyčiai, susiję veiksniai ir lėtinių ligų rizika. Tesi di dottorato. Kaunas: 2016.
- [2] Pačiauskaitė I., Stepukonis F., Jurgutis A. Fattori di rischio per l'insoddisfazione dell'immagine corporea e il suo impatto psicosociale e sulla salute nell'arco della vita: la necessità educativa e le opportunità per gli specialisti. *Visuomenės sveikata* 2016/priedas Nr. 2, 70-74.
- [3] Lotužytė K. Perché le donne devono essere belle? Riflessioni sulla trasformazione delle concezioni della femminilità nella stampa lituana tra le due guerre. *Menotyra* 2003; 2(31), 61-66.
- [4] Cash TF. *Enciclopedia dell'immagine corporea e dell'aspetto umano*. Academic Press. Londra. 2012.
- [5] Lindberg SM, Hyde JS, McKinley NM. Una misura della coscienza del corpo oggettivato per giovani preadolescenti e adolescenti. *Psychology of Women Quarterly*. 2006;30:65-76.
- [6] Van den Berg P, Paxton SJ, Keery H, Wall M, Guo J, NeumarkSztainer D. Insoddisfazione corporea e confronto con le immagini dei media in maschi e femmine. *Body Image*. 2007;4(3): 257-268.
- [7] Hermanussen M. *Auxologia. Studio della crescita e dello sviluppo umano*. Schweizerbart Science Publishers. Ed. Di Tutkuvienė J. 2013;66-67.
- [8] Miškinytė A, Perminas A, Šinkariova L. Valgymo elgesio sąsajos su nepasitenkinimu savo kūnu bei vaikystėje patirta fizine ir psichologine prievarta. *Medicina*. 2006;42(11):944-948..
- [9] Warren CS, Schoen A, Schafer KJ. L'interiorizzazione dei media e il confronto sociale come predittori della patologia alimentare tra gli adolescenti latini: L'effetto moderatore del genere e dello status generazionale. *Sex Roles*. 2010;63:712-724.
- [10] Tutkuvienė J. (2007). Indice di massa corporea, prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini e negli adolescenti lituani, 1985-2002. *Collegium antropologicum*, 31(1), 109-121.
- [11] Articolo in stampa: <https://www.15min.lt/gyvenimas/naujiena/sveikata/nutukimas-nemzogaus-apsileidimas-o-liga-lietuvoje-vis-daugeja-ja-serganciuju-1028-1533896>
- [12] <http://www.vaikuligonine.lt/news/pasauline-nutukimo-diena-kviecia-keisti-poziri-i-antsvorio-turincius-zmones/>
- [13] Tutkuvienė J., Jankauskaitė M. 2002. Anoressia nervosa Lietuvoje? http://www.moterys.lt/assets/leidiniai/index038d.html?show_content_id=352
- [14] Marcinkevičienė D., Maslauskaitė A. 2002. Moters paveikslas Lietuvos dienraščiuose ir televizijoje. http://www.moterys.lt/assets/leidiniai/indexe5b6.html?show_content_id=453
- [15] Buzaitytė-Kašalynienė J., Rinkevičienė V. 2009. Moters savo kūno suvokimas kaip socializacijos rizikos veiksnys. *Acta Paedagogica Vilnensia*. 2009 m., vol. 23, p. 92-103.
- [16] Tutkuvienė, J., Misiute, A., Strupaite, I., Paulikaite, G., & Pavlovskaja, E. (2017). Problemi di immagine corporea nelle riviste lituane rivolte a bambini e adolescenti in relazione

- all'indice di massa corporea e alla percezione delle dimensioni corporee delle ragazze di 16-19 anni negli ultimi 15 anni. Collegium antropologicum, 41(1), 19.
- [17] Jankauskienė R. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kūno kultas? Medicina (Kaunas) 2008; 44(5).
- [18] Articolo in stampa: https://ve.lt/gyvenimas/sveikata/kodel-du-litrai-vandens-teramitas-ir-kada-geriausia-svertis?utm_term=Autofeed&utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1655569761
- [19] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaiku>

4. Prospettiva storica e culturale sull'obesità e l'immagine corporea in Portogallo

Manuela Meireles¹, Vera Ferro-Lebres¹, Juliana Almeida-de-Souza¹, Olívia Galvão de Podestá², Ana Margarida Machado³, Jessica Ferreira⁴, Fernando Augusto Pereira¹

¹Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança (visitatore)

³Istituto Politecnico di Bragança

⁴Unidade de Investigação Aplicada em Gestão (UNIAG), Instituto Politécnico de Bragança
Bragança, PORTOGALLO

manuela.meireles@ipb.pt; vferrolebres@ipb.pt; julianaalmeida@ipb.pt, oliviagalvao@terra.com.br, jessica.ferreira@ipb.pt, fpereira@ipb.pt

Abstract: *Gli adolescenti e i giovani portoghesi sono soggetti al malcontento normativo legato alla percezione dell'immagine corporea. Questa percezione è soggettiva e influenzata da diversi fattori, tra cui la comunicazione dei mass media o i messaggi dei social media. Ad aggravare la situazione, viviamo in un'epoca pro-obesogena. La pubblicità di cibi poco sani facilita l'eccesso di peso corporeo che, a sua volta, contribuisce all'insoddisfazione corporea e alla manifestazione di disturbi alimentari. Abbiamo analizzato le copertine delle riviste stampate degli ultimi 13 mesi per capire come l'immagine corporea viene ritratta nella realtà. Sul totale delle riviste, il 29% presenta messaggi legati alla cultura della bellezza. Alcuni di essi riguardavano il peso o la forma del corpo, come "corpo in forma" ("Corpo em forma") e "preparare il corpo per l'estate" ("prepare o corpo para o verão"). Solo 15 (9,4%) di queste riviste aiutano la cultura della magrezza: "Pasqua senza ingrassare" ("Páscoa sem engordar"), "Dopo le vacanze perdere peso" ("depois das férias perder peso"), "non tornare con più peso dalle vacanze" ("não volte com mais peso das férias"), "perdere peso per una volta" ("emagreça de vez") e "perdere x kg in y settimane" ("emagreça x kg em y semanas"). Sul totale delle riviste, l'8,5% (14 riviste) è stato identificato come soggetto a body shaming, inducendo a pensare che fosse necessario un cambiamento per avere un corpo desiderabile. Nonostante questi risultati, l'eccesso di peso corporeo è ancora oggetto di stigma sociale e di bullismo a livelli accademici. Tuttavia, i movimenti di body positivity e gli spettacoli televisivi che aumentano la consapevolezza di come lo stigma colpisca le persone che soffrono di obesità e disturbi alimentari stanno diventando più comuni, aprendo spazio a miglioramenti nei prossimi anni, che senza dubbio avranno bisogno di un approccio multidisciplinare integrato per avere successo.*

4.1 Introduzione

La società portoghese, come altre società occidentali contemporanee, è fortemente segnata dalle condizioni della postmodernità, come descritte da Giddens (1). In questo scenario, gli adolescenti e i giovani portoghesi sono soggetti all'influenza dei modelli alimentari e delle condizioni del corpo. In Portogallo, il passaggio alla postmodernità è avvenuto molto rapidamente. Di conseguenza, condizioni tradizionali e postmoderne, come la percezione dell'immagine corporea, coesistono e aggravano la situazione. I modelli e le credenze tradizionali, come l'idea di "Grasso è bello" ["Gordura é formosura"] e "Ciò che è straniero è migliore", influenzano negativamente il comportamento dei giovani e compromettono la comunicazione auspicabile (in particolare nei media tradizionali e sociali) tra le generazioni, che,

a sua volta, incoraggia atteggiamenti di disgregazione sociale e l'adozione di comportamenti estremi, come l'anoressia.

I livelli di obesità globale sono aumentati negli ultimi 4 decenni (2). Le persone affette da obesità spesso subiscono lo stigma associato al loro peso. La discriminazione basata sul peso è una delle forme più comuni di discriminazione. Recentemente, diverse associazioni e istituzioni mediche hanno lavorato insieme a una "Dichiarazione di consenso internazionale congiunta per porre fine allo stigma dell'obesità". Nel loro consenso, riconoscono che le persone affette da obesità non solo affrontano un aumento del rischio di gravi complicazioni mediche, ma anche una forma pervasiva e resistente di stigma sociale (3). Nonostante la diversità di età e di background, le donne hanno generalmente maggiori probabilità di subire discriminazioni basate sul peso rispetto agli uomini.

L'immagine corporea è definita come "l'esperienza psicologica sfaccettata dell'incarnazione". (4). La percezione dell'obesità e dell'immagine corporea varia nel tempo e nella geografia, così come la comprensione soggettiva di chi è obeso e le conseguenze dell'obesità e dell'immagine corporea sulla salute.

La percezione dell'immagine corporea è soggettiva e coinvolge i pensieri, le emozioni e l'immaginazione di una persona. Sono coinvolti anche concetti di livello sociale e nozioni specifiche della cultura sull'aspetto fisico. (4).

Gli adagi popolari sono un buon esempio della percezione dell'obesità di un tempo. In Portogallo esiste un proverbio che dice "*Gordura é formosura*", che può essere tradotto come "La grassezza è una dea". Qualche decennio fa, quando la sicurezza alimentare non era democratizzata, solo i più ricchi erano grassi, mentre il resto della popolazione affrontava la fame, la denutrizione e altre malattie. In quel periodo, la percezione culturale era che essere obesi fosse non solo più sano ma anche più bello. Oggi l'obesità è correlata a diverse malattie croniche e non si percepisce più che "la grassezza è una dea".(5). Infatti, l'obesità è spesso associata all'insoddisfazione per l'immagine del proprio corpo e alla discriminazione sociale.

L'insoddisfazione dell'immagine corporea è generalmente associata a un'insoddisfazione per eccesso, anche se in alcuni casi, soprattutto negli uomini, è presente un'insoddisfazione per difetto, cioè un desiderio di aumentare le dimensioni del corpo. L'insoddisfazione da eccesso, che si riflette nel desiderio di ridurre le dimensioni del corpo, può essere basata su diversi fattori. Gli stereotipi culturali che si creano sull'aspetto fisico e sull'ideale di bellezza, in gran parte provenienti dalla comunicazione di massa, giocano un ruolo determinante. Quando questi fattori non vengono affrontati nel modo migliore, possono portare a disturbi alimentari, soprattutto nei giovani.

Fattori che si verificano spesso nell'adolescenza e che possono determinare l'insoddisfazione corporea

L'adolescenza è caratterizzata da rapidi e significativi cambiamenti nel corpo, caratteristici della pubertà, e che avvengono con un ritmo proprio, che può non essere lo stesso di quello visto nei coetanei e negli amici (6). La sopravvalutazione dei modelli di ruolo, l'identificazione delle idee di bellezza negli amici o anche nei personaggi dei media può portare a confronti che possono essere fonte di frustrazione.

Studi condotti in Portogallo hanno inoltre dimostrato che le giovani donne, le ragazze e le adolescenti che presentano maggiori preoccupazioni riguardo all'immagine corporea sono più inclini a sentirsi sensibili all'insoddisfazione corporea. In uno studio osservazionale trasversale condotto su 323 adolescenti di tre scuole portoghesi, l'insoddisfazione per l'immagine corporea era presente nel 34,4% degli intervistati. Nonostante la maggior parte degli adolescenti avesse un indice di massa corporea adeguato, il 61,5% di essi era insoddisfatto della propria immagine corporea (7).

Oltre alla soddisfazione per il corpo, studi recenti si sono concentrati sulla soddisfazione per il viso, ovvero sulla soddisfazione per l'aspetto degli occhi, del naso, della forma del viso e del viso in generale. In The U.S. Body Project,

La soddisfazione per il viso e l'immagine corporea sono state presentate come costrutti diversi con una correlazione da debole a moderata tra loro. Tuttavia, sia l'insoddisfazione del viso che quella dell'immagine corporea sono state aggravate dall'ansia generale o dalla pressione percepita da preoccupazioni socioculturali. (8). Lo strumento "Face Q-satisfaction with facial appearance overall" è stato recentemente convalidato in lingua portoghese in Brasile (9), e lo stesso potrebbe accadere in Portogallo, portando maggiori conoscenze su come la soddisfazione del viso influisce sui giovani portoghesi.

Stereotipi culturali sull'aspetto fisico

La cultura della bellezza è correlata e si interseca con la teoria dell'oggettivazione femminile descritta da Barbara Fredrickson e Tomi-Ann Roberts nel 1997 (10). La teoria dell'oggettivazione femminile postula che sia l'educazione delle ragazze e delle donne ad adottare una visione di sé che le porta a trattare se stesse come un oggetto di osservazione e di valutazione fisica da parte degli altri (11). Questo tipo di oggettivazione può facilmente portare all'insoddisfazione corporea, soprattutto quando le donne tengono conto delle norme culturali di magrezza e bellezza.

In uno studio pubblicato nel 2013, Castro e Osório hanno condotto una ricerca volta ad analizzare i contenuti prodotti da un gruppo di adolescenti portoghesi pro-anoressici. In questo studio qualitativo esplorativo sono stati esaminati 11 blog di lingua portoghese scritti da adolescenti. Per diversi mesi sono state analizzate le interazioni e i contenuti dei blog per comprendere a fondo il movimento "pro-anoressia" in Portogallo. Il movimento pro-anoressia, chiamato anche "pro-ana", è un movimento sociale in cui le persone che soffrono di disturbi alimentari trovano nei luoghi digitali un modo per legare con altre persone con gli stessi disturbi senza i giudizi del mondo esterno. (12). Questo è stato anche un modo per connettersi senza doversi incontrare di persona, cosa che in Portogallo è solitamente associata ai pasti e al tempo del cibo. Uscire per un caffè, un drink o una cena fa parte della cultura portoghese ed è un modo tipico per creare legami. (13).

In questi blog è stato possibile trovare informazioni su diete, consigli e trucchi, routine di esercizio e fitness, informazioni su farmaci, esperienze mediche e problemi di salute. Inoltre, venivano comunemente condivise immagini, video, musica e citazioni che potevano essere considerate "ispirazioni magre". I contenuti potevano arrivare a condividere pensieri suicidi e pratiche autolesionistiche.

Le testimonianze di questi adolescenti, di età compresa tra i 13 e i 19 anni, testimoniano anche come le celebrità fossero viste come modelli di immagine corporea e come i genitori, i coetanei e le pressioni culturali e sociali fossero percepite da loro. Un esempio tradotto in questo studio mostra come la dieta e l'immagine corporea fossero percepite come cruciali per l'accettazione sociale: "Penso che riuscirò a mangiare fino a 800 calorie o meno. Devo farlo. È in gioco la mia vita. Il modo in cui la gente mi vede e il futuro" (12).

La scuola sembra rappresentare una grande pressione e alcuni adolescenti sentono il bisogno di perdere peso per evitare il bullismo. Uno studio condotto nella regione portoghese di Bragança ha dimostrato che un bambino su quattro è stato vittima di bullismo. Le testimonianze di queste vittime illustrano la paura di andare a scuola (14). Sebbene il bullismo possa assumere molte forme, l'immagine corporea è spesso un argomento di aggressione.

Sempre utilizzando un campione di adolescenti (dai 14 ai 18 anni) di due scuole secondarie in Portogallo, è stato dimostrato che gli adolescenti hanno rivelato atteggiamenti che li pongono in una situazione di maggior rischio per i disturbi alimentari e hanno rivelato che la spinta alla magrezza - cioè il desiderio di essere magri - era la dimensione attitudinale più rilevante (15).

L'insoddisfazione corporea e, in ultima analisi, lo sviluppo di disturbi alimentari possono essere innescati dall'idealizzazione della magrezza ritratta nella pubblicità e nelle immagini dei social media. Per capire meglio come il corpo delle donne viene rappresentato nella cultura locale, gli autori di questo capitolo hanno condotto un'analisi quantitativa e qualitativa delle riviste locali.

4.2 La cultura della magrezza: un caso di studio sulle copertine delle riviste

Metodologia

Abbiamo condotto uno studio di caso sulle copertine delle riviste stampate del segmento donna/moda per capire come l'immagine corporea viene rappresentata da esse.

Il segmento donna/moda è il secondo segmento con la maggiore diffusione a pagamento, digitale e cartacea in Portogallo, subito dopo l'informazione generale. Secondo l'Associazione per il Controllo del Disegno e della Circolazione (APCT), nell'anno 2021 sono state vendute 8969 copie digitali e 1224389 copie in questo segmento. Il segmento maschile, rappresentato dall'omonima rivista "Men's health", ha venduto 8925 copie digitali e 57816 copie stampate. (16).

Nel segmento donna/moda, sono elencate 10 riviste: Activa, Elle, Happy Woman, Lux Woman, Maria, Máxima, Revista Cristina, Saber Viver, Telenovelas e Women's Health. Volevamo scegliere quelle con la tiratura più alta, ma poiché solo 5 delle 10 riviste avevano dati sull'entità della tiratura, sono state scelte quelle. Si tratta di Activa, Maria, Saber Viver, Telenovelas e Women's Health. L'analisi delle copertine delle riviste è stata condotta alla fine di aprile 2022 e si è riferita all'ultimo anno, cioè da aprile 2021 ad aprile 2022. Poiché il segmento maschile è rappresentato da una sola rivista, anche questa è stata inclusa nelle analisi.

Le copertine delle riviste sono state raccolte dalle pagine web ufficiali, riunite in un unico file e analizzate da quattro valutatori indipendenti. I valutatori erano professori di dietologia e nutrizione e ricercatori del settore.

Ai valutatori è stato chiesto di analizzare se ritenevano che la copertina della rivista rappresentasse o meno una cultura della magrezza, se contenesse espressioni che potevano essere percepite come body shaming, se trasmettesse messaggi che promuovevano una dieta sana e se i corpi rappresentati fossero considerati sottopeso, normopeso o sovrappeso. In caso di discrepanze tra i valutatori, è stata presa in considerazione la valutazione della maggioranza.

Immagine corporea e titoli delle copertine delle riviste portoghesi

Le riviste analizzate rappresentano un totale di 159 campioni. Di questi, 103 (64,8%) hanno in copertina una foto in cui è possibile valutare l'immagine corporea. Le restanti hanno solo immagini di volti o didascalie di programmi televisivi o soap in cui l'immagine corporea non era facilmente accessibile.

Sul totale delle riviste con un'immagine corporea possibile da analizzare, in 100 di esse (98%), la copertina è stata valutata come raffigurante una persona di peso normale.

Oltre ad alcuni messaggi subliminali eventualmente percepiti attraverso la foto del corpo, abbiamo analizzato anche i messaggi scritti presenti su queste copertine. Sul totale delle riviste, il 29% presentava messaggi legati alla cultura della bellezza. Alcuni di essi riguardavano il peso o la forma del corpo: "corpo in forma" ("*corpo em forma*"), "preparare il corpo per l'estate" ("*prepare o corpo para o verão*").

Solo 15 (9,4%) di queste riviste erano di supporto alla cultura della magrezza, come "Pasqua senza ingrassare" ("*Páscoa sem engordar*"), "dopo le vacanze perdere peso" ("*depois das férias perder peso*"), "non tornare con più peso dalle vacanze" ("*não volto com mais peso das férias*"), "perdere peso per una volta" ("*emagreça de vez*") e "perdere x kg in y settimane" ("*emagreça x kg em y semanas*").

Sul totale delle riviste, l'8,5% (14 riviste) è stato identificato come soggetto a body shaming, inducendo a pensare che fosse necessario un cambiamento per avere un corpo desiderabile. "Smetti di essere magro" ("*deixe de ser magro*"), "migliora il tuo corpo" ("*melhore o seu corpo*") e "consigli per uomini alti, bassi o con le gambe corte" ("*dicas para Homens magros, altos, baixos ou com pernas curtas*").

All'estremo opposto, 22 (13,8%) hanno trasmesso messaggi positivi sull'alimentazione sana, come: "lunchbox salutari" ("*marmitas saudáveis*"), "dieta sana, cosa mangiare e bere" ("*alimentação saudável, o que comer e beber*") e "verso l'estate, alimentazione sana speciale" ("*rumo ao verão, especial alimentação saudável*").

Nonostante tutti questi messaggi, abbiamo anche alcuni riferimenti alla body positivity, come ad esempio: "body positivity e il movimento delle donne che non vogliono essere perfette" ("*body positivity e o movimento das mulheres que não querem ser perfeitas*"), e "il piacere del nostro corpo si impara" ("*gostar do nosso corpo aprende-se*"); altri messaggi positivi come "celebrare la bellezza singolare" ("*celebrar a beleza singular*"), e "la bellezza, ciò che ho imparato con mia figlia" ("*beleza o que aprendi com a minha filha*").

Per un'analisi più completa, abbiamo diviso le riviste in tre sottocategorie: una era incentrata sul riassunto delle soap o dei melodrammi televisivi, un'altra sullo stile di vita femminile e l'ultima sullo stile di vita maschile.

Esistono alcune differenze nelle categorie: Riviste di sapone e riviste considerate legate allo stile di vita femminile o alla moda.

Le riviste di sapone sono quelle che si concentrano meno su tutti gli articoli, sulla cultura della bellezza, sulla dieta sana e sul body shaming. La cultura della bellezza è menzionata nel 5,3% del totale di queste riviste. Inoltre, il 5,3% di esse è stato identificato come inducente al body shaming, l'8,0% ha la cultura della bellezza e il 7,1% ha menzionato l'alimentazione sana.

Dalle 26 copertine di riviste identificate nello stile di vita delle donne, il 38,5% ha la cultura della bellezza. 0% di magrezza e body shaming e il 19,2% di dieta sana. Nella categoria moda: salute femminile, da 7 riviste analizzate, l'85,7% (6) ha una cultura della bellezza, il 14,3% ha una cultura della snellezza, il 42,9% del body shaming e il 42,9% di una dieta sana.

Nella categoria uomini, e delle 13 copertine analizzate, 11 (84,6%) sono state ritenute promotrici del culto della bellezza, il 38,5% della cultura della magrezza, il 38,5% del body shaming, e il 46,2% delle copertine ha allusioni alla sana alimentazione.

In questa analisi sono state individuate altre espressioni non legate all'obiettivo iniziale, ma incentrate sui cambiamenti del corpo o sui consigli anti-invecchiamento. Tra gli esempi vi sono: "peli nel corpo, come eliminarli" ("*pêlos no corpo, como eliminá-los*"), "contro le rughe" ("*contra as rugas*"), "capelli che saranno di moda quest'estate" ("*cabelos que vão estar na moda este verão*"); alcune di esse sono anti-età: "enigmi e acne, la soluzione" ("*rugos e acne, a solução*"), "pelle più giovane" ("*pele mais jovem*"), "nuovi trattamenti per ringiovanire la pelle" ("*novos tratamentos para rejuvenescer a pele*"), "SOS, rughe e occhiaie" ("*sos, rugas e olheiras*") e "energia dai 20 ai 60, cosa mangiare e come allenarsi" ("*energia dos 20 aos 60, o que comer e como treinar*").

La maggior parte dei messaggi relativi alla bellezza e alla snellezza sono stati associati all'estate: titoli come "pancia felice in estate, senza gonfiore" ("*barriga feliz no verão, sem inchaço*") o "godetevi l'estate, corpo in forma" ("*aproveite o verão, corpo em forma*"), o ancora "perdere peso in vacanza, trucchi che funzionano" ("*emagreça nas férias, truques que resultam*").

Concludiamo che le riviste maschili hanno più messaggi legati ai muscoli e alla forza: "muscoli, energia e salute, cosa mangiare tra un pasto e l'altro" ("*músculo, energia e saúde, o que comer entre refeições*"), "energia, cosa mangiare durante il giorno" ("*energia, o que comer ao longo do dia*"), "come guadagnare muscoli" ("*como ganhar músculo*"), "più muscoli, mangia questo" ("*mais músculo, coma isto*"), "la carne migliore, per i tuoi muscoli" ("*a melhor carne*"),

para os seus músculos") e "muscoli, quello che devi sapere per smettere di essere magro" ("músculo, o que precisa de saber para deixar de ser magro").

Inoltre, si assiste a un aumento di questi messaggi in prossimità di occasioni festive come Pasqua o Natale: "perdere peso fino a Natale", "Pasqua senza aumentare di peso", "ricette di Natale" o "Natale culinario".

È anche possibile analizzare che alcune riviste scelgono di avere foto di persone che mostrano una parte considerevole del loro corpo/pelle sulla maggior parte delle loro copertine. Uomini senza maglietta o in pantaloncini o donne che mostrano le gambe o l'addome, ad esempio in costume da bagno o in tenuta da allenamento, sono comuni in alcune riviste e rari in altre, a dimostrazione di una sorta di politica editoriale del messaggio veicolato in queste riviste. La politica editoriale è visibile anche quando alcune riviste hanno più messaggi che promuovono stili di vita sani rispetto ad altre.

4.3 Impatto della comunicazione dei mass media sullo stigma sociale delle persone affette da obesità o disturbi alimentari

Valutare esattamente come sia cambiata la comunicazione sull'immagine corporea negli ultimi anni non è un compito facile. Possiamo però guardare a come questi temi vengono affrontati oggi dai media. Curiosamente, uno dei principali comici portoghesi ha lanciato un programma sui limiti dell'umorismo in cui affronta temi importanti come l'obesità, l'immagine corporea e i disturbi alimentari, tra gli altri. In questo programma, chiamato TABU, Bruno Nogueira (17) trascorre un'intera settimana in convivenza con persone che soffrono di queste patologie. È in grado di mostrare la prospettiva umana dei partecipanti che parlano delle loro lotte, interne o esterne, derivanti dalla vita sociale e dall'interazione con gli altri e di come ciò abbia avuto un impatto sulla loro vita.

Questo tipo di spettacolo, trasmesso in streaming su uno dei principali canali televisivi portoghesi, e che porta questi argomenti al pubblico con un po' di attento umorismo, può essere un modo potente per avere un impatto sul feedback sociale, influenzare gli stereotipi e migliorare l'empatia e la consapevolezza delle persone. (18). Se questo aiuti anche le persone con queste condizioni ad aumentare l'auto-accettazione è un argomento più complesso. Nonostante non sia la soluzione definitiva, l'interazione con una comunità sensibile è senza dubbio un processo importante per superare qualsiasi distorsione corporea. È stato dimostrato che modificare il consenso percepito sugli stereotipi relativi alle persone obese può migliorare gli atteggiamenti nei loro confronti e ridurre i pregiudizi (18,19).

L'insoddisfazione corporea percepita dall'individuo - Un caso di studio testimoniale



Fig. 1- Donna in un salone di bellezza (Fonte: worldobesity.org)

Sara (nome di fantasia) è una studentessa di dietologia e nutrizione di 23 anni che lotta con il suo aspetto corporeo e con i giudizi esterni.

Prima di iniziare gli studi di nutrizione e dietetica, Sara non aveva mai ricevuto un'educazione o un orientamento su come doveva mangiare. Essendo stata cresciuta da una madre single che lavorava molto, Sara non aveva mai avuto uno schema alimentare regolare. Le sue emozioni hanno sempre interferito con il suo rapporto con il cibo, provocando cicli di abbuffate e di diete eccessive. Gli episodi di abbuffata erano spesso seguiti da eventi di purga, come il vomito forzato. È stata in sovrappeso per quasi tutta la vita e, durante l'adolescenza, Sara è stata oggetto di bullismo da parte dei colleghi di scuola a causa della sua immagine corporea. Questo accumulo di eventi l'ha portata a una fase depressiva in cui ha perso molto peso, che ha riacquisito in una costante lotta con l'equilibrio.

Ha deciso di studiare dietologia per capire meglio come gestire il cibo, in modo da poter cambiare la sua realtà e quella di altri che hanno vissuto le stesse esperienze. La necessità di essere un esempio nella sua professione la spinge a modificare la sua dieta e ad aumentare le sue attività fisiche. Sente che le sue capacità professionali come dietista sono giudicate dall'immagine del suo corpo, il che aumenta la pressione per avere un aspetto migliore. Sebbene il suo rapporto con il cibo sia migliorato, i sentimenti di giudizio esterno e di biasimo interno la accompagnano ancora. Nonostante abbia iniziato a gestire meglio i sensi di colpa interni, è ancora sensibile alle pressioni familiari o dei pari. Anche i social media hanno avuto un ruolo importante nel ricordare a Sara che non rientra nello stereotipo del corpo "normale" e "perfetto".

Movimento per la positività corporea

Il movimento positivo che è emerso per la prima volta negli anni '60 con l'obiettivo di evidenziare le sfide e i rischi per la salute delle persone che si conformano a forme standardizzate, oggi sostiene e celebra diversi tipi di corpo. (20). Come è noto oggi, il movimento Body Positivity è apparso nei media intorno al 2012, con l'obiettivo di cambiare gli irrealistici standard di bellezza femminile in un approccio reale ai tempi attuali. Il movimento sta guadagnando popolarità e allo stesso tempo alcune critiche.

Le critiche al movimento si basano sul fatto che le persone non tengono conto delle complicazioni mediche e sanitarie che sono direttamente correlate allo sviluppo di malattie

croniche come l'obesità, il diabete, le malattie cardiache e il cancro. Molti sostenitori del movimento della positività corporea criticano questa correlazione (21). Tuttavia, questo aspetto non dovrebbe essere ignorato o lasciato in secondo piano.

Il movimento Body Positivity non significa conformarsi al corpo che la società non accetta, ma capire e accettare come si presenta, essere consapevoli che ci sono, sì, parti del corpo che non ci piacciono molto, anche se dobbiamo scegliere di accettarle invece di odiarle. L'era dei social media sembra aver esacerbato la fissazione sull'immagine corporea, che porta a un aumento dei problemi di salute mentale e dei disturbi come la depressione, la dismorfia corporea e l'anoressia (22).

Il Portogallo e altri Paesi dell'Europa meridionale condividono convenzioni di stile di vita, credenze e ideali di bellezza; rispetto ad alcuni Paesi dell'Europa settentrionale, quelli del Sud tendono ad avere standard più severi per quanto riguarda la figura corporea. L'altezza e il peso medio in questi Paesi sono generalmente più bassi rispetto al Nord Europa. La mentalità plus-size e i movimenti che sostengono la positività e la differenziazione del corpo non sono ancora molto popolari in queste società, soprattutto tra la popolazione giovane. Sebbene il peso medio delle persone nell'Europa meridionale sia aumentato nell'ultimo decennio, l'industria della moda continua a ignorarlo. (23).

Nella battaglia per l'accettazione del corpo, emergono nuovi movimenti con idee simili, ma che vanno al di là del corpo, come la neutralità del corpo, che sostiene l'idea che dovremmo guardare al nostro corpo così com'è, da una prospettiva funzionale rispetto all'apparenza. Si tratta di un movimento sociale il cui obiettivo è ridurre la grande importanza attribuita all'attrattiva fisica nella nostra società. (24).

Il rapporto che si instaura con il nostro corpo è complesso e diventa difficile riassumerlo in una semplice risposta affermativa o negativa quando ci viene chiesto se accettarlo o meno. Pertanto, l'idea principale della neutralità corporea che ha preso forza negli ultimi anni è quella di ritirare l'attenzione e l'importanza che diamo alla forma del nostro corpo e concentrarci al di là di essa. La neutralità del corpo offre un'alternativa alla ben nota positività del corpo, che sostiene l'idea che dovremmo amare il nostro corpo, così com'è (Pedro, 2020).

Campagna di marketing per donne reali

Un famoso marchio di prodotti di bellezza ha messo in atto una campagna di marketing che può essere considerata dirompente per l'immagine globale di magrezza del corpo. Questo marchio utilizza il concetto di "donne reali", quindi donne di diverse taglie e forme del corpo nelle sue campagne, e inoltre offre strumenti per la positività del corpo, l'accettazione di sé e l'autostima per adolescenti, genitori e insegnanti sul suo sito web (Recursos para Pais e Encarregados de Educação (dove.com)).(25). Allo stesso modo, alcuni atleti, attori, cantanti e social influencer portoghesi famosi introducono nei loro social media, in TV e nelle interviste ai media, messaggi per promuovere la salute invece della magrezza, per promuovere l'accettazione invece di "combattere" il proprio corpo e la propria forma naturale. Il loro messaggio è esplicito o implicito. Questi messaggi si possono leggere, ad esempio, nelle storie e nei post di Instagram di Carolina Deslandes (@carolindeslandes - famosa cantante portoghese); Ana Guiomar (@anaguiomar.oficial - famosa attrice), Mafalda Beirão (@mafalda_beirao - digital influencer) e Catarina Corujo (@catarinacorujo - digital influencer, nota anche come body healer). Vengono pubblicate foto del proprio corpo senza filtri e in cui sono visibili le imperfezioni del corpo e della pelle. In questi profili sono frequenti i testi incentrati sull'importanza dell'autostima, dell'accettazione di sé e della lotta ai messaggi di body-shaming.

Questo approccio è stato studiato dai ricercatori di recente e se da un lato aumenta la salute mentale ed emotiva e l'accettazione sociale (26), dall'altro sembra creare una nuova pressione sulle donne affinché "amino" il proprio corpo, e quindi può farle sentire peggio con se stesse se non lo amano; allo stesso modo, è stato detto che tali contenuti si concentrano ancora sull'aspetto e quindi possono semplicemente perpetuare il problema di fondo in primo luogo,

mantenendo l'attenzione sul corpo. Ancora più preoccupante è il risultato di alcuni studi che suggeriscono che la body positivity incoraggi l'obesità "glorificando" abitudini malsane. In modo simile, alcuni autori hanno affermato che la normalizzazione di corpi più grandi sta contribuendo alla prevalenza del sovrappeso (27) o alla percezione errata del peso normale (28). Non esiste ancora un consenso scientifico su questo argomento (29) e sono necessarie ulteriori ricerche.

Ambiente pro-obesogeno - Marketing digitale di alimenti non salutari

Il marketing è l'attività, l'insieme di istituzioni e processi di creazione, comunicazione, consegna e scambio di offerte che hanno valore per i clienti, i partner e la società. (30). Le attività di marketing devono andare a beneficio della società nel suo complesso. Con le diverse esigenze dei consumatori, il mercato deve essere suddiviso in segmenti, in modo che le aziende possano pianificare e posizionare il prodotto e il relativo marketing. In questa prospettiva, la contestualizzazione del marketing in un contesto digitale è associata a una diversa componente promozionale. Un media digitale massimizza l'impatto attraverso metodi creativi e analitici. (31). Vengono create strategie per facilitare la risposta e adattare il marketing al cliente per segmentare il mercato. L'accesso illimitato a Internet e ad altre forme di marketing digitale consente strategie di marketing coinvolgenti, interattive e integrate. (32).

Il marketing digitale sostituisce numerose diversità del marketing tradizionale, creando strategie più efficaci e dinamiche per le industrie. Inoltre, il marketing digitale è uno strumento di comunicazione attraverso Internet. Si rivolge a diversi strumenti che fungono da ponte tra i marchi e i clienti, per aiutare i marchi a stabilire una comunicazione semplice e chiara con i loro clienti. (33).

Nell'universo dell'industria alimentare, l'impatto è stato travolgente. Il marketing digitale non solo sostituisce le altre forme più tradizionali di marketing alimentare, ma ne integra e amplifica gli effetti. Aumenta la presenza del marchio su mezzi di comunicazione più ampi e diversificati, con conseguente maggiore consapevolezza del marchio e del prodotto. (34). Di conseguenza, le aziende stanno spostando la loro spesa pubblicitaria a favore del marketing digitale, dove i clienti possono essere raggiunti e coinvolti, in particolare sulle piattaforme dei social media (35).

L'aumento dell'uso dei media digitali e della quantità di tempo che le persone trascorrono online determina uno spostamento verso la pubblicità che ora viene acquistata in modo programmatico. I media digitali programmatici consentono un targeting individuale delle impressioni pubblicitarie, che può influenzare in modo sostanziale il comportamento dei consumatori. Le aziende alimentari utilizzano sempre più spesso i social media per fare marketing. Gli influencer e il marketing sui social media influenzano notevolmente le scelte alimentari e la conseguente assunzione di cibo da parte del pubblico, con particolare attenzione ai bambini e ai giovani. Uno studio di Teixeira, Holzer e Barbosa del 2021 ha osservato un investimento significativo nella pubblicità legata agli alimenti. (33), con il 35% della pubblicità che promuove alimenti e bevande e una percentuale significativa di inserzionisti legati al cibo. Questo studio mostra anche che la maggior parte dei video degli influencer presentava spunti di cibo e bevande (60%), pari a un tasso medio di 13,5 all'ora. Questi studi, che hanno valutato gli spunti di cibo e bevande presenti nei video di YouTube e nei post di Instagram condivisi dagli adolescenti, hanno mostrato una maggiore prevalenza di cibo e bevande (rispettivamente 92,6% e 85%). (33).

Il rapporto Digital 2020 - pubblicato da We Are Social e Hootsuite - mostra che i media digitali, mobili e sociali sono diventati una parte indispensabile della vita quotidiana in tutto il mondo. All'inizio del 2020 più di 4,5 miliardi di persone utilizzavano Internet, con un aumento del 7% rispetto a gennaio 2019. Per quanto riguarda il Portogallo, nel gennaio 2020, 8,52 milioni di portoghesi erano utenti di Internet e, nel 2019, hanno trascorso 6 ore e 43 minuti al giorno in attività online. Se si considerano circa 8 ore al giorno per dormire, i portoghesi attualmente trascorrono, in media, più del 40% del tempo sveglio utilizzando Internet (36).

È stato ampiamente riconosciuto e dimostrato dalla comunità scientifica che il marketing di alimenti non salutari contribuisce all'obesità nei bambini (37,38), e il Portogallo ha recepito nella legislazione nazionale una direttiva europea sulla regolamentazione del marketing. La legge n. 30/2019 del 23 aprile introduce restrizioni alla commercializzazione di alimenti e bevande ad alta densità calorica, poveri di sostanze nutritive e ad alto contenuto di sale, zucchero, grassi saturi e acidi grassi trans destinati a un pubblico di bambini di età inferiore ai 16 anni. (39). Questa legge è molto chiara per quanto riguarda i canali pubblicitari e include chiaramente Internet come uno dei possibili veicoli pubblicitari, all'articolo 20-A, punto 2- , paragrafo d): "Su Internet, attraverso siti web o social network, nonché nelle applicazioni mobili per dispositivi che utilizzano Internet, quando i loro contenuti sono destinati ai minori di 16 anni".

Nonostante ciò, molti bambini portoghesi sembrano continuare ad essere bersaglio di queste pubblicità, come dimostrato da Bica et al (2020) (40), in uno studio esplorativo portoghese sul marketing alimentare nelle piattaforme digitali. Gli autori hanno concluso che il 60% dei 68 video di YouTube analizzati includeva indicazioni su cibi e bevande, di cui il 70% era classificato come poco salutare, e i prodotti più frequentemente presentati erano cibi pronti e convenience food (23,1%). Data l'importanza di Internet per i portoghesi e il trend in crescita, è essenziale comprendere il comportamento dei consumatori online, in particolare l'impatto delle attività di marketing digitale sulle loro decisioni di consumo e acquisto. Questo studio portoghese dimostra che l'esposizione dei bambini alla pubblicità di alimenti non salutari è ancora presente in Portogallo, con possibili conseguenze negative sul peso corporeo e un aumento del rischio di sviluppare qualche forma di disturbo alimentare.

Riferimenti

- [1] Giddens A. *Modernidade e Identidade*. 2a editio. Editora C, editore. 2001.
- [2] OMS. *Obesità* [Internet]. 2022 [citato il 30 maggio 2022]. Disponibile da: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- [3] Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Dichiarazione di consenso internazionale congiunta per porre fine allo stigma dell'obesità. *Nat Med* 2020 264 [Internet]. 2020 Mar 4 [citato 2022 May 24];26(4):485-97. Disponibile da: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x>.
- [4] Puraikalan Y. Percezione dell'immagine corporea e dell'obesità tra le diverse culture: A Review Article information. *Obes Res Open J* [Internet] 2018 [citato il 2022 maggio 27];5(1):1-4. Disponibile da: <http://www.webclearinghouse.net/volume/2/JESTES-BodyIm->
- [5] Antão C. *Tesis Doctoral IMPORTANCIA DE LOS PROVERBIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD*. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA; 2009.
- [6] Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. L'età dell'adolescenza. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2018 Mar 1 [citato il 2022 maggio];2(3):223-8. Disponibile da: <http://www.thelancet.com/article/S2352464218300221/fulltext>.
- [7] Marques MI, Pimenta J, Reis S, Ferreira LM, Peralta L, Santos MI, et al. (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. *NASCER E CRESCER - BIRTH GROWTH Med J* [Internet]. 2017 Feb 3 [citato il 2022 maggio 31];25(4):217-21. Disponibile da: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/10799>.
- [8] Frederick DA, Reynolds TA, Barrera CA, Murray SB. Predittori demografici e socioculturali della soddisfazione dell'immagine del volto: Il progetto U.S. Body Project I. *Body Image* [Internet]. 2022 giu [citato 2022 mar 23];41:1-16. Disponibile da: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144522000134>.
- [9] GAMA JT. *FACE Q - SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL - TRADUÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO*.

- [Internet]. Universidade Federal de São Paulo; 2018. Disponibile da: https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52522/Dissertação_José Teixeira Gama.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- [10] Fredrickson BL, Roberts TA. LA TEORIA DELL'OGGETTIVAZIONE. *Psychol Women Q* [Internet]. 1997 Jun 1 [citato 2022 May 13];21(2):173-206. Disponibile da: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- [11] Calogero RM. Teoria dell'oggettivazione, auto-oggettivazione e immagine corporea. In: *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012 [citato il 2022 maggio 13]. p. 574-80. Disponibile da: </record/2012-26542-018>
- [12] Sofia Castro T, José Osório A. "I love my bones!"¹ - comportamenti giovanili autolesionistici e alimentari pericolosi nei blog scritti in portoghese. *Young Consum.* 2013;14(4):321-30.
- [13] Barros, V. et al. Dieta Mediterrânica - Um património civilizacional partilhado. 10 Princípios da Dieta Mediterrânica em Port [Internet]. 2013 [citato il 2022 maggio 13];20-1. Disponibile da: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10480>.
- [14] Pereira B, Iossi Silva M, Nunes B. DESCRIVER O BULLYING NA ESCOLA: estudo de um agrupamento de escolas no interior de Portugal. *Rev Diálogo Educ.* 2017;9(28):455.
- [15] Cardoso S, Santos O, Nunes C, Loureiro I. Atteggiamenti alimentari e rischio di disturbi alimentari negli adolescenti: ruolo dello stereotipo della magrezza. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [citato il 2022 maggio 13];48(Número speciale):188. Disponibile da: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/5146>.
- [16] Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação. Análise simples Femininas/Modas [Internet]. 2021 [citato il 2022 aprile 1]. Disponibile da: <https://www.apct.pt/analise-simples>.
- [17] TABU [Internet]. Sic. 2022 [citato il 2022 apr 2]. Disponibile da: <https://sic.pt/programas/tabu/>
- [18] Harper J, Carels RA. Impatto della pressione sociale sugli stereotipi relativi alle persone obese. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2014 Dec 29 [citato 2022 May 24];19(3):355-61. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-013-0092-1>.
- [19] Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impatto del consenso percepito sugli stereotipi relativi alle persone obese: Un nuovo approccio per ridurre i pregiudizi. *Heal Psychol* [Internet]. 2005 Sep [citato il 2022 maggio 24];24(5):517-25. Disponibile da: </record/2005-09850-010>.
- [20] Constance P, Eirini B. Plus-Size Fashion: A Comparative Study of Southern vs. Northern European Perspectives on Fashion. *Eur Bus Manag* [Internet]. 2019;5(2):14. Disponibile da: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=324&doi=10.11648/j.ebm.20190502.12>.
- [21] Muttarak R. La normalizzazione delle taglie forti e il pericolo di sovrappeso e obesità invisibili in Inghilterra. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2018 Jul 1 [citato 2022 Jun 22];26(7):1125. Disponibile da: </pmc/articles/PMC6032838/>.
- [22] Simões C. Body Positivity: o sim à autoaceitação [Internet]. *GQportugal.pt*. 2021 [citato il 2022 maggio 25]. Disponibile da: <https://www.gqportugal.pt/body-positivity>.
- [23] Constance P, Eirini B. Plus-Size Fashion: A Comparative Study of Southern vs. Northern European Perspectives on Fashion. <http://www.sciencepublishinggroup.com> [Internet]. 2019 [citato il 2022 giugno];5(2):14. Disponibile da: <http://www.sciencepublishinggroup.com/j/ebm>
- [24] Perry M, Watson L, Hayden L, Inwards-Breland D. Using body neutrality to inform eating disorder management in a gender diverse world. Vol. 3, *The Lancet Child and Adolescent Health*. Elsevier B.V.; 2019. p. 597-8.

- [25] ESTATUTOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO [Internet]. [citato il 2022 maggio 30]. Disponibile da: <https://www.dove.com/pt/dove-self-esteem-project/help-for-parents.html>.
- [26] Cohen R, Newton-John T, Slater A. Il caso della positività del corpo sui social media: Prospettive sui progressi attuali e sulle direzioni future. *J Health Psychol* [Internet]. 2021 Nov 1 [citato 2022 May 30];26(13):2365-73. Disponibile da: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105320912450>.
- [27] Muttarak R. La normalizzazione delle taglie forti e il pericolo di sovrappeso e obesità invisibili in Inghilterra. *Obesity* [Internet]. 2018 Jul 1 [citato il 2022 May 30];26(7):1125-9. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29932517/>.
- [28] Aniulis E, Sharp G, Thomas NA. L'ideale in continua evoluzione: Il corpo che si desidera dipende da chi si guarda. *Body Image* [Internet]. 2021 Mar 1 [citato il 2022 May 30];36:218-29. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33401202/>.
- [29] Simon K, Hurst M. Body Positivity, ma non per tutti: The role of model size in exposure effects on women's mood, body satisfaction, and food choice. *Body Image* [Internet]. 2021 dic 1 [citato il 2022 maggio 30];39:125-30. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333414/>.
- [30] Huang JJ, Tzeng GH, Ong CS. Segmentazione del marketing mediante clustering di vettori di supporto. *Expert Syst Appl*. 2007 Feb 1;32(2):313-7.
- [31] Organizzazione Mondiale della Sanità. Affrontare il marketing alimentare ai bambini in un mondo digitale: prospettive transdisciplinari Diritti dei bambini, prove d'impatto, sfide metodologiche, opzioni normative e implicazioni politiche per la Regione europea dell'OMS. 2016 [citato il 2022 maggio 30];1-52. Disponibile da: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344003>.
- [32] Kelly B, Vandevijvere S, Freeman B, Jenkin G. Nuovi media ma stessi vecchi trucchi: Il marketing alimentare per i bambini nell'era digitale. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2015 Mar [citato il 2022 maggio 30];4(1):37-45. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26627088/>.
- [33] Teixeira S, Holzer B, Barbosa B. Il ruolo del marketing digitale nel processo decisionale di acquisto di alimenti vegetali: Uno studio qualitativo con adottanti e simpatizzanti. In: Conferenza iberica sui sistemi e le tecnologie dell'informazione, CISTI. IEEE Computer Society; 2021.
- [34] Norman J, Kelly B, McMahon AT, Boyland E, Baur LA, Chapman K, et al. Impatto duraturo della pubblicità televisiva e online di alimenti ad alta densità energetica sull'assunzione di cibo da parte dei bambini: Uno studio randomizzato, crossover e controbalanciato all'interno del soggetto. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2018 Apr 12 [citato il 2022 maggio 30];15(1):1-11. Disponibile da: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-018-0672-6>.
- [35] Powell LM, Harris JL, Fox T. Le spese di marketing alimentare rivolte ai giovani: Contestualizzare i numeri. *Am J Prev Med*. 2013;45(4):453-61.
- [36] Kemp S. Digital 2020: Panoramica digitale globale - DataReportal - Global Digital Insights [Internet]. [Datareportal.com](https://datareportal.com). 2020 [citato il 2022 maggio 30]. p. 1. Disponibile da: <https://datareportal.com/reports/digital-2020-global-digital-overview>.
- [37] Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsborne J, Boland A, Angus K, et al. Association of Food and Nonalcoholic Beverage Marketing With Children and Adolescents' Eating Behaviors and Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2022 maggio 2 [citato 2022 maggio 30];e221037. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35499839/>.
- [38] Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JCG, et al. Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and

- adults. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2016 Feb 1 [citato il 2022 maggio 30];103(2):519-33. Disponibile da: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791177/>.
- [39]Lei n.º 30/2019 - DRE [Internet]. *Diário da República n.º 79/2019, Série I de 2019-04-23*. 2019 [citato il 2022 maggio 30]. Disponibile da: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/30-2019-122151046>
- [40]Bica M. Valutazione dell'esposizione dei bambini al marketing digitale di alimenti non salutari in Portogallo con il quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità CLICK Corso de Mestrado em Saúde Pública. 2020.

5. Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (DE) in Romania

Immagine corporea e vergogna

Emanuela Tegla

Università di Medicina, Farmacia, Scienze e Tecnologie *George Emil Palade* di Târgu Mureș
Târgu Mureș, Romania
daniela.tegla@umfst.ro

Abstract. *La vergogna come emozione e come esperienza è stata notoriamente difficile da definire. Nel suo studio fondamentale sulla vergogna, Kaufman la definisce "il più sfuggente degli affetti umani" [1] e osserva che, dopo essere stata trascurata per un tempo inspiegabilmente lungo da psicologi e psicoanalisti, la vergogna ha guadagnato un posto centrale nel discorso sociologico e psicologico contemporaneo. Questo cambiamento, osserva Kaufman, può essere collegato alla diffusa accelerazione dei comportamenti basati sulle emozioni, dalle dipendenze ai disturbi alimentari. Prima di concentrarci in modo specifico sulla connessione tra vergogna e immagine corporea (cioè la percezione di grasso), forniremo una discussione concisa di alcune caratteristiche generali della vergogna, delle sue dimensioni sociali e culturali, e poi di alcune particolarità che si possono incontrare in Romania.*

Parole chiave: immagine corporea, vergogna, oggettivazione corporea, stigma

5.1 Introduzione

Nel tentativo di definire la vergogna nel modo più chiaro possibile, molti teorici si sono concentrati sulle differenze tra vergogna e senso di colpa, dal momento che questi due termini non sono raramente usati in modo intercambiabile. A differenza di quest'ultimo, che si riferisce a un'azione ritenuta moralmente sbagliata (ciò che abbiamo fatto), la vergogna riguarda il nostro senso di identità (chi siamo). L'importanza della vergogna nella formazione dell'identità non può essere sopravvalutata. Kaufman ritiene che nessun altro affetto svolga un ruolo così fondamentale, influenzando in misura decisiva il senso e la valutazione di sé, da cui l'importanza di studiarlo per comprendere meglio l'identità nella società contemporanea. Come dice Kaufman, "le risposte alle domande "Chi sono?" e "A che posto appartengo?" sono forgiate nel crogiolo della vergogna" [2].

La vergogna è sempre accompagnata da emozioni negative e disturbanti che hanno un effetto molto forte sul sé nel suo complesso. Mario Jacoby osserva che, poiché la vergogna può essere il risultato di una svalutazione di sé (da parte degli altri e/o di se stessi), "[essa] comporta sempre una perdita di autostima" [3], mentre Stephen Pattison sottolinea che "la persona che si vergogna è probabile che provi un senso di collasso personale che implica la perdita di autostima e autoefficacia" [4]. Come manifestazione esteriore, la vergogna può tradursi in un senso di ansia, rabbia, umiliazione che può portare a percezioni di sé e azioni potenzialmente distorte (come evitamento, ritiro, isolamento).

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, Paul Gilbert osserva che la vergogna può essere compresa in termini di "interrelazioni dinamiche interpersonali" che coinvolgono un "vergognato" e un "vergognatore" [5]. In effetti, la vergogna sarebbe inconcepibile senza l'esistenza di un altro giudicante, ai cui occhi il "vergognato" si percepisce come difettoso,

inferiore, indegno. Tangney, seguendo Lewis, sottolinea l'importanza della dimensione sociale dell'esperienza della vergogna, evidenziando che questa esperienza non richiede necessariamente la presenza effettiva di un altro, poiché esiste un immaginario interiorizzato di "come il proprio sé difettoso".

apparirebbe agli altri" [6]. Questo "altro" è sempre, in questo caso, disapprovante e duramente giudicante, il che porta a valutazioni profondamente negative di sé. La Tangney usa parole piuttosto forti quando descrive gli effetti di una simile esperienza: "Quando le persone provano vergogna per un particolare fallimento o trasgressione, si rimproverano non solo per l'evento specifico; piuttosto, stanno condannando *se stesse* - il nucleo del loro essere - come difettose, inutili, spregevoli". In questo modo, le esperienze di vergogna rappresentano un'enorme minaccia per il sé" [7].

Il concetto di "altro giudicante" richiede alcune precisazioni, nel senso che ha acquisito ulteriori significati in epoca contemporanea. Tradizionalmente, tale "altro" implicava un'interazione più diretta tra *shamer* e *shamed*, per usare i termini di Gilbert. Ciò significava che quest'ultimo si *vedeva* agli occhi dello *shamer* come difettoso, inutile, indegno. Per questo motivo i primi teorici della vergogna, come H. Lewis, hanno osservato che "al centro dell'esperienza della vergogna c'è il 'sé negli occhi dell'altro'" [8]. Al giorno d'oggi, grazie all'uso dei social media e alla loro portata globale, si possono notare, in questo contesto, due importanti cambiamenti: da un lato, la dimensione culturale della vergogna ha perso, in misura considerevole, le sue specificità regionali o nazionali; dall'altro, l'"altro" come istanza che detta determinate norme e standard da seguire, ha acquisito significati molto più ampi. Ciò è vero soprattutto quando si tratta di una forma distinta di vergogna, quella del corpo.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la maggior parte delle discussioni sulla vergogna sottolinea il fatto che ogni cultura la vive in modo diverso. Kaufman, ad esempio, attribuisce alla cultura la stessa importanza della famiglia e del gruppo dei pari nella formazione della personalità. "La cultura è il tessuto che unisce un popolo, la rete di significati creata dai simboli e dalle tradizioni nazionali", giocando un ruolo decisivo nel nostro bisogno di identificazione e nel senso di appartenenza [9]. Per quanto riguarda la vergogna, le culture, osserva Kaufman, "modellano la vergogna in modo molto diverso" [10]. Queste distinzioni vanno dalle cause che possono spiegare i sentimenti di vergogna alle manifestazioni, ai comportamenti e ai metodi di contrizione. Quando si parla di vergogna corporea, come già accennato, si può notare una marcata tendenza all'uniformazione dei fattori e delle istanze di vergogna, aspetti che ci portano al secondo grande cambiamento avvenuto negli ultimi decenni, ovvero il significato dell'"altro", del vergognoso. L'ampio uso dei siti di social network ha aumentato drasticamente la possibilità di (auto)oggettivazione, che può facilmente portare alla vergogna. Anche prima della comparsa dei social media, gli psicologi della vergogna hanno osservato che la vergogna implica "un senso di essere guardati o *visti*". Sembra che si diventi un oggetto in un campo visivo [...]. La sensazione di essere visti rappresenta metaforicamente la sensazione di essere giudicati o valutati. Spesso è accompagnato anche da un tacito monologo interno di autocritica"[11]. La (auto)oggettivazione del corpo ha raggiunto livelli senza precedenti, fornendo un terreno propizio allo sviluppo della vergogna corporea e delle emozioni negative che la accompagnano.

Se, come molti psicologi hanno sottolineato, la vergogna dà forma al senso di sé e il corpo è un aspetto del sé, allora sperimentare il proprio corpo come poco attraente, troppo grande o in qualsiasi altro modo al di sotto degli standard accettati può generare tutta una serie di emozioni negative di percezione denigratoria di sé. Poiché i nostri tempi sono guidati da considerazioni basate in gran parte sull'apparenza, l'esperienza della vergogna corporea è un fenomeno estremamente comune. Le immagini idealizzate del corpo umano che popolano i siti web dei social media provocano ansie di ogni tipo, come l'ansia da apparenza o l'ansia sociale. Non si tratta più di un fenomeno specifico di una cultura, ma ha raggiunto proporzioni globali. Si può notare questa uniformazione non solo da una prospettiva geografica, ma anche sociale. Se in passato l'ingrassamento si riscontrava soprattutto (se non esclusivamente, in alcune culture)

tra gli strati sociali più abbienti, l'epoca contemporanea ha portato a un livellamento in termini di persone colpite da questo fenomeno: lo status sociale e finanziario non è più un fattore decisivo.

5.2 Vergogna e controllo

La questione del controllo, strettamente connessa al concetto di vergogna, ha, in questo contesto, un doppio significato. In primo luogo, la vergogna può essere usata come strumento, come mezzo di controllo da parte di una società. Come osserva Pattison, "sia la vergogna che il senso di colpa svolgono ruoli importanti, anche se un po' diversi, nel controllo sociale e individuale, secondo le strutture, le norme e le aspettative sociali" [12]. In secondo luogo, riguarda il rapporto molto complesso con il proprio sé, nel senso che questo rapporto, per quanto riguarda l'alimentazione, l'autopercezione del corpo, ecc. non è più armonioso, simbiotico, ma piuttosto di controllo, in cui il soggetto trasforma il proprio corpo in un oggetto, un mero esecutore silenzioso della propria volontà, del proprio desiderio di modellarlo secondo standard generali. Da questo punto di vista, la naturale preoccupazione per il proprio aspetto ha acquisito proporzioni e significati diversi. Poiché il dominio dell'"altro" giudicante si è ampliato a dismisura, la questione di tenere sotto controllo il proprio aspetto ha acquisito un'importanza fondamentale, diventando un imperativo, in termini di controllo di ciò che viene visto dagli altri. Parlando di questa necessità di controllare come si viene visti dagli altri, Dolezal la definisce in termini che potrebbero sembrare appartenenti al settore finanziario, tradendo così il carattere distorto del rapporto con il proprio corpo, così prevalente nell'epoca contemporanea: "L'autorappresentazione è un termine che indica le strategie cosce e inconscie per controllare o gestire il modo in cui si viene percepiti dagli altri, sia in termini di aspetto che di comportamento. L'autorappresentazione, comunemente chiamata anche gestione dell'impressione, è, in parte, una risposta alla preoccupazione del soggetto incarnato per lo sguardo, l'attenzione o il giudizio, e forse la punizione o l'ostracizzazione, degli altri all'interno delle relazioni sociali" [13]. Questa "gestione dell'impressione" è alimentata dal costante bisogno di convalida, onnipresente sui siti web dei social media. Il mancato rispetto della norma, accettata virtualmente a livello globale, porta spesso a percepire il corpo come un peso, un fastidio, come causa di difetti e, in ultima analisi, di un senso di vergogna e di rifiuto.

Eppure, data l'enfasi posta su un certo tipo di corpo, la proliferazione di consigli e raccomandazioni di "esperti" sulla gestione del peso e, virtualmente, la disponibilità di una vasta gamma di alimenti, tutti questi aspetti provocano non solo un senso di vergogna, ma anche di colpa - da qui l'elemento di auto-colpevolizzazione nei disturbi alimentari, la percezione del corpo come un peso, nonché la continua lotta per tenerlo sotto controllo. Il corpo è stato oggettivato e alienato, in quanto trasformato in destinatario passivo ed esecutore del desiderio di trasformarlo nell'immagine generalmente promossa come accettabile, se non addirittura desiderabile. È stato ridotto a mera superficie, a ciò che viene visto dagli altri, come osserva Dolezal:

Il corpo visto è la superficie del corpo vista dagli altri (o da se stessi), o da una prospettiva distanziata. La visibilità del corpo, in questo senso, può sorgere negli incontri intersoggettivi in cui si sperimenta lo sguardo distanziato, giudicante o antagonista di un altro. In queste esperienze, l'aspetto o il comportamento vengono portati alla consapevolezza tematica in modo negativo e consapevole. L'oggettivazione e l'alienazione diventano possibilità che possono interrompere il flusso delle relazioni sociali o il flusso della propria intenzionalità motoria [14].

Si potrebbe anche aggiungere che, a causa della proliferazione dell'esposizione (per lo più volontaria) sui social media, anche il corpo ha subito un processo di auto-oggettivazione, che si aggiunge alla dimensione distorta del rapporto con il proprio corpo, di cui si è parlato sopra. Il corpo è diventato così, in una misura senza precedenti, un costrutto sociale, vincolato a soddisfare determinati requisiti, il che spiega la diffusa incidenza del body shaming e la fiorente industria delle diete.

5.3 La vergogna del corpo in Romania

Nel suo studio su *Fat Shame*, Amy Erdman Farrell confessa che il suo interesse di ricerca iniziale, quando ha iniziato il volume, era la storia delle diete. Le prime diete e i primi segni di stigmatizzazione della grassezza e delle persone grasse si trovano, secondo Farrell (che non è d'accordo con chi colloca l'inizio dell'industria delle diete negli anni Venti), negli ultimi decenni del XIX secolo. Cercando di comprendere i curiosi significati attribuiti alla grassezza, Farrell osserva - con riferimento alla cultura americana - che, nel corso della loro storia, le diete presentano sorprendenti analogie. Inoltre, sempre in una prospettiva diacronica, Farrell nota che "gli autori dei trattati sulla perdita di peso e le pubblicità dei prodotti per la perdita di peso articolavano ansia, disprezzo, persino indignazione nei confronti del grasso che promettevano di sradicare". I documenti storici sull'argomento rivelano le connotazioni negative attribuite alla grassezza e alle persone grasse (considerate "pigre, golose, avidi, immorali, incontrollabili, stupide, brutte e prive di forza di volontà"). In questo senso, Farrell fa un'osservazione interessante: "In tutte [tutte le diete del passato] il grasso è un problema sociale, oltre che fisico; nella maggior parte di esse, lo stigma sociale della grassezza - e la fantasia di liberarsi da questo stigma - coincide o addirittura ha la priorità sulle questioni di salute" [15].

A differenza di altri Paesi, la dieta non ha una storia molto lunga in Romania. Nonostante la scarsità di documenti o studi ufficiali sull'argomento, si può dedurre che l'immagine del corpo e la vergogna del corpo abbiano avuto connotazioni diverse. Da un lato, a causa delle particolarità sociali ed economiche del XIX e XX secolo, la questione della grassezza e della magrezza era percepita principalmente in termini di status economico. Nella maggior parte dei Paesi occidentali, quello che oggi si potrebbe definire un "corpo grasso" era considerato, fino a non molti decenni fa, indice di abbondanza finanziaria (o almeno di sicurezza) e, talvolta, segno di buona salute. Come sottolinea Farrell, "fino alla fine del XIX secolo, la grassezza era generalmente una prerogativa di pochi. Per mantenere un corpo robusto bisognava essere ricchi (cioè avere cibo e tempo libero a sufficienza) e in salute (cioè essere esenti da malattie che consumavano la carne del corpo). Per questo motivo, la grassezza era spesso legata a un senso generalizzato di prosperità, distinzione e status elevato" [16]. Se, come osserva Giddens, "la connessione preconstituita tra una figura corpulenta e la prosperità era virtualmente scomparsa alla fine dei primi due o tre decenni del XX secolo" [17], questa convinzione, si potrebbe sostenere, è continuata in Romania fino alla caduta del comunismo.

D'altra parte, tradizionalmente il concetto di dieta, nel senso di astensione dal cibo, aveva un significato religioso. Il digiuno e altre forme di privazione di qualsiasi tipo di piacere erano iscritti in un più generale e profondo perseguimento di valori morali e religiosi. Come osserva Giddens, "il digiuno e l'abnegazione di vari tipi di alimenti fanno ovviamente parte da tempo delle pratiche religiose e si ritrovano in molti contesti culturali diversi [...]. La santità femminile ottenuta attraverso la privazione del cibo era particolarmente importante" [18]. Questo aspetto era quindi presente in molte culture fino allo sviluppo accelerato dell'industria delle diete, a partire, grosso modo, dal XX secolo. Inoltre, la grassezza era considerata, da un punto di vista religioso, come un segno di golosità e di tendenze materialiste. Tuttavia, se in altre culture è stato ampiamente sostituito dalla preoccupazione per il proprio aspetto, il digiuno a

scopo religioso continua a essere piuttosto comune in Romania, talvolta incluso in un regime dietetico. Giddens iscrive questo passaggio (dal digiuno come pratica religiosa al "digiuno" per perdere peso) nel più generale (e generalizzato) processo di secolarizzazione che caratterizza l'epoca contemporanea.

Questa preoccupazione relativamente recente per la perdita di peso ha portato, in Romania, a un rapporto piuttosto diverso con il cibo, anche se molto più tardi rispetto ad altri Paesi. Negli ultimi decenni, la dieta tradizionale rumena, basata in gran parte sui carboidrati e sul consumo di carne, ha sollevato diverse preoccupazioni riguardo ai suoi effetti sulla salute. Questa sfida, insieme a una scelta notevolmente più ampia di alimenti e alla proliferazione piuttosto aggressiva della pubblicità dei fast food, ha portato, soprattutto nella popolazione urbana, a un aumento del consumo di alimenti che possono causare ingrassamento o addirittura obesità. Anche questo è diventato un fenomeno generalizzato, indipendentemente dallo status sociale, dall'età o dalla situazione economica. Purtroppo, gli studi che si concentrano sulla specificità dell'immagine corporea, dell'autopercezione, dell'ingrassamento e delle diete in Romania sono molto pochi. Nonostante ciò, ciò che prevale, nel contesto della vergogna corporea, può essere iscritto nello stesso bisogno di validazione, riconoscimento, accettazione e senso di appartenenza, che influenzano le relazioni intersoggettive e il rapporto con il proprio corpo. Questi aspetti hanno portato a una rapida e allarmante proliferazione del bullismo basato sull'aspetto e sull'immagine corporea. Da qui l'incidenza sempre più comune dei disturbi alimentari e dei problemi psicologici legati alla vergogna del corpo, che tradiscono un'ostilità di fondo verso il sé e il corpo. Dolezal osserva che "la vergogna del corpo è intimamente legata alla forte paura dello stigma e dell'esclusione sociale. Agisce come una sorta di meccanismo che garantisce il riconoscimento e l'appartenenza a un gruppo sociale" [19]. Il bisogno di appartenenza, unito a un senso di insicurezza rispetto alle aspettative generali e alla possibilità di essere ostracizzati - nella vita "reale", così come sui siti web dei social media - può causare l'ansia di essere fuori norma o di comportarsi al di fuori della linea accettata. Quest'ansia si manifesta spesso come coscienza di sé (strettamente legata alla vergogna), imbarazzo (essere percepiti come socialmente inadeguati) e un debilitante senso di inferiorità. Il paradosso è che se da un lato si cerca di evitare l'"invisibilità" nel proprio gruppo, soprattutto sui social media, dall'altro si possono ricevere risposte di vergogna da parte di altri giudicanti, che innescano, per definizione, il desiderio di diventare invisibili agli altri.

Una delle caratteristiche principali della vergogna, secondo i suoi teorici, è che, in quanto esperienza, è linguisticamente sfuggente. Pattison osserva che si tratta di "uno stato relativamente privo di parole", spesso accompagnato da "un acuto isolamento individuale [...]. Si è intrappolati nel sé senza parole e senza persone" [20]. Questo è uno dei motivi per cui è necessario prestare maggiore attenzione alle particolarità dei fattori scatenanti la vergogna e del body shaming nella cultura rumena, al fine di affrontare questo problema sempre più comune, e il senso di disempowerment, confusione e impotenza che provoca, perché, come sottolinea Dolezal, "la vergogna, e il superamento della vergogna (che è spesso centrata sul corpo), ha un ruolo centrale da svolgere in termini di convalida della soggettività, sia personalmente che politicamente" [21]. La vergogna del corpo e la grassezza richiedono una maggiore presenza anche nella narrativa. C'è una discrepanza impressionante tra il numero di persone che ne soffrono (fisicamente e psicologicamente) e la scarsità di personaggi "grassi" nella narrativa. Anche questo potrebbe contribuire ad aumentare la consapevolezza e l'accettazione, contribuendo in ultima analisi, se non a sradicare, almeno ad alleviare gli effetti debilitanti della vergogna del corpo, che penetrano e influenzano il proprio io, la propria identità, l'intera vita.

La cultura della snellezza o spinta alla perfezione

Adrian Năznea

Università di Medicina, Farmacia, Scienze e Tecnologie *George Emil Palade* di Târgu Mureș
Târgu Mureș, Romania
adrian.naznea@umfst.ro

Abstract. *Il desiderio di avere un bell'aspetto si traduce in varie opzioni nelle diverse culture del mondo. Per alcune popolazioni, un corpo di bell'aspetto ha un IMC superiore a 28, mentre per altre ci si aspetta che si aggiri intorno ai 18 anni. Le nazioni nordamericane ed europee considerano la magrezza come il corpo ideale, spesso imitando star e idoli.*

Parole chiave: magrezza, immagine corporea, anoressia

5.4 Il corpo umano - mitologia, arti e percezioni culturali

Le arti hanno sfruttato il corpo umano e lo hanno utilizzato per vari scopi, dalla danza alla scultura, in tutte le sue istanze: nascita, crescita e morte. Quando la consapevolezza di sé raggiunse un livello superiore, gli esseri umani iniziarono a dipingere corpi sulla roccia, come Le Roc-aux-Sorciers, uno dei principali siti del Paleolitico superiore in Europa, raffigurando corpi e volti, presentando sia il sé che l'altro [22]. Gli antichi Egizi hanno spinto l'ammirazione per il corpo a un livello superiore, mummificando i corpi. Se inizialmente la mummificazione era un processo naturale che si verificava a causa del calore e della sabbia, la mummificazione artificiale divenne una pratica rituale per preservare i corpi morti per l'aldilà con l'uso di resina e lino per la conservazione fisica [23].

Il corpo umano è servito anche come pergamena per marcare l'identità in termini di genere, età o status politico, e la pelle ha assunto un significato in vari contesti culturali, dal tatuaggio del corpo alla chirurgia estetica. Le espressioni culturali del tatuaggio del corpo si trovano in diversi gruppi etnici, ma non solo, in tutto il mondo, dai Māori per i quali rappresentano le tradizioni e la filosofia del gruppo, ai Polinesiani per i quali il tatuaggio rappresenta la moltiplicazione del corpo e la connessione tra persone e spiriti, l'umano e il divino [24]. Le donne delle tribù Kayan in Malesia usano il tatuaggio tradizionale come legame con la loro eredità, con disegni che dipendono dal loro status sociale [25], mentre quelle della Thailandia settentrionale praticano l'allungamento del collo con l'aiuto di anelli di ottone (Padaung) che, secondo loro, le rende più belle, ma le protegge anche dai rapitori di altre tribù [26].

Sia la mitologia greca che quella romana sono terreno fertile per esemplificare la preferenza per un corpo snello. Gli dei sono rappresentati, sia nella letteratura che nella scultura, come potenti, muscolosi, ben costruiti e in forma, mentre le dee sono snelle e dai tratti delicati. Venere, l'equivalente romano dell'Afrodite greca, è associata all'amore e alla bellezza, mentre Adone è il sinonimo di uomo bello. Giacinto, ad esempio, era così bello che sia Apollo che Zefiro si innamorarono di lui. Eracle (Erocle nella mitologia romana), figlio di Zeus e Alcmena, è stato fino ad oggi modello e modello di mascolinità e muscolarità, mentre la sua figura nella pittura e nella scultura irradia virilità e forza. Anche le figure femminili delle sculture mitologiche sono rese esili, come ad esempio la Venere di Milo di Alexandros di Antiochia o quella di Era del 200 a.C..

Diversi sono i periodi in cui hanno regnato le epoche dei dipinti. Le opere di Rubens includono sia esili monarche che nobili donne, ma anche dee ben costruite come Venere, Diana o Le tre Grazie, che probabilmente non sono così graziose come il loro nome suggerisce secondo gli standard contemporanei.

In termini di altezza, il corpo umano è stato rappresentato in tutte le sue dimensioni per quanto riguarda gli adulti. Nelle rappresentazioni bibliche, lo sconfitto Golia, simbolo iperbolico della forza brutta, è l'opposto di Davide, di dimensioni normali, ma di intelligenza suprema.

Inoltre, il nanismo, una delle tante forme di displasia scheletrica, è un evento simbolico nel *Gulliver* di Jonathan Swift, in opposizione al gigantismo degli abitanti di Brobdingnag, dove Gulliver sembrava un nano tra i giganti.

La forma del corpo umano gioca un ruolo distintivo nello sport. Entro i confini dei lottatori di sumo e dei ginnasti, trovano posto tutte le forme e le altezze dei corpi. Anche se la classificazione di Sheldon rimane controversa [27], essendo fortemente legata ai tratti della personalità e non esclusivamente ai tipi di corpo, i tre tipi di corpo che possono essere identificati negli atleti sono: i corpi ectomorfi che si incontrano nella corsa a lunga distanza, quelli mesomorfi che sono più adatti al calcio o alla ginnastica, mentre i giocatori di rugby o i sollevatori di pesi appartengono alla categoria degli endomorfi.

In termini di differenze culturali, la bellezza è davvero negli occhi di chi guarda. I media occidentali, con tutti i loro mezzi: film, riviste, social media, persino giochi per computer, impongono la muscolarità e la virilità come standard di bellezza maschile. Tuttavia, l'Estremo Oriente, ad esempio il Giappone, percepisce la magnificenza maschile nel prototipo dei lottatori di sumo, che in realtà sono obesi e poco attraenti secondo gli standard occidentali, rispetto ai corpi ben scolpiti dei ginnasti. Da questo punto di vista si può fare un parallelo con gli standard di bellezza del corpo femminile. Dalle graziose ballerine, che sono al limite di un indice di massa corporea sano, alle ginnaste, alle tenniste, alle lottatrici e alle sollevatrici di pesi, si possono trovare tutte le forme del corpo e i rapporti tra grasso e muscoli.

5.5 L'industria

Anche se le differenze culturali possono essere ritenute in gran parte responsabili, l'industria gioca un ruolo distintivo nella società dei consumi. L'industria del giocattolo ha un ruolo importante nel promuovere gli standard di bellezza dei corpi in forma e snelli nei giocattoli per bambini. I bambini crescono con la convinzione radicata che la bambola Barbie e la controparte maschile Ken, prodotti dalla Mattel, siano le forme corporee ideali che la società apprezza e si aspetta da loro. Nella vita reale, tali proporzioni del corpo femminile sono rare da trovare. È stato stimato che se Barbie fosse una donna reale, avrebbe un IMC di 16,24, in altre parole un corpo anoressico o cachettico [28]. Se Ken ha una forma del corpo in qualche modo reale e realizzabile, anche se prodotta per le ragazze, all'altro capo dello spettro troviamo la bambola GI Joe, la copia dell'eroe dei libri e dei film, un artigliere dei marines con un fisico muscoloso e ben costruito. La bambola era prodotta per i ragazzi, ma l'azienda Hasbro ne ha interrotto la produzione nel 1978 nonostante la cultura popolare [29].

Un'altra responsabilità ricade sull'industria dell'abbigliamento. Nell'ultimo secolo la moda ha subito gravi metamorfosi. La moda da spiaggia della metà del XXth secolo per le donne prevedeva il costume intero, nel caso in cui ce ne fossero stati due, lo slip era inevitabilmente a vita alta e copriva circa il 40% del corpo. Nel caso degli uomini, il più delle volte era di moda anche il costume intero. Se si trattava di un costume da bagno a due pezzi, il costume era accompagnato da una canottiera. Molto è cambiato nel corso degli anni, una passeggiata sulla spiaggia portava alla vista bikini in miniatura, perizomi, che spesso sono a mezza rete per lasciare spazio anche all'immaginazione. E questo non è solo il caso della moda mare femminile. Ciò che non ha bisogno di spiegazioni è il fatto che l'industria spinge gli acquirenti alla dipendenza da un corpo snello. Tuttavia, la moda mare legata alla cultura esiste. La religione è talvolta più forte dell'industria e dell'alta moda. Tankini e burkini sono prodotti tenendo conto di un certo target di consumatori.

Inutile dire che non è solo la moda mare a promuovere la magrezza. Per fare un altro esempio, la passerella delle collezioni prêt-à-porter da Parigi a Milano è quasi esclusivamente il regno di modelle anoressiche. È quasi impossibile non ricordare l'aspetto fragile e quasi scheletrico di modelle come Kate Moss. Ma ancora una volta, questa non è la norma solo per le

modelle donne, diversi uomini sono stati star delle passerelle pur soffrendo di anoressia nervosa. È ancora più triste che questa condizione abbia ucciso delle modelle professioniste.

5.6 Estremi nelle giovani donne rumene

L'anoressia nervosa è caratterizzata dalla paura di ingrassare ed è di fatto una condizione psichiatrica. Uno studio ha esaminato due gruppi di pazienti, uno anoressico e uno costituzionalmente magro, con pazienti di 11,3 anni e un IMC medio di 15 nel gruppo anoressico, concludendo che le pazienti anoressiche hanno un'alta probabilità di sviluppare disturbi metabolici [30]. Questo concetto distorto di dimensioni corporee femminili accettabili rende un numero sempre maggiore di ragazze e donne incapaci di rientrare in questo modello, portando così a comportamenti disadattivi [31] che, per le pazienti anoressiche, si traducono nell'obiettivo di perdere peso. Inoltre, un altro studio interculturale ha rilevato che le giovani donne rumene magre appaiono come la norma rispetto a quelle normopeso [32].

L'anoressia non è un fenomeno così raro come dovrebbe essere. Innumerevoli blog di giovani ragazze che l'hanno subita elencano tutti i dolori e gli effetti psicologici che provoca, tutte le lotte che comporta e le conseguenze a lungo termine che comporta. Il più delle volte, il pensiero del sovrappeso diventa così radicato che le ragazze iniziano a contare le calorie, ricorrono alle abbuffate, mangiano a malapena un paio di bocconi al giorno per un totale di meno di 300 kcal, il tutto portando a risultati indesiderati, non solo fisici, ma soprattutto mentali [33]. Per molti si tratta di un'esperienza traumatica indimenticabile con effetti visibili come la perdita di capelli [34], l'indebolimento del miocardio o le smagliature (strie).

Il digiuno e la sottoalimentazione sono mezzi per raggiungere un fine anche in alcuni sport. Ne sono un chiaro esempio le ginnaste rumene sottoposte a digiuni imposti per raggiungere il peso ottimale. Mentre le ginnaste ottenevano riconoscimenti mondiali nel loro campo, dietro le quinte lo scenario era drammatico. Le ragazze venivano spesso pesate almeno quattro volte al giorno, mostrando anche la quantità di acqua che consumavano. Il cibo era scarso e poco nutriente, i dolci erano proibiti e le sessioni di allenamento erano assolutamente estenuanti [35]. A volte, erano così affamate che devastavano la cucina durante la notte, senza curarsi della paura del loro addestratore [36].

Molti sportivi, per ottenere il fisico desiderato, ricorrono a sostanze del mercato nero o a integratori alimentari presumibilmente contenenti estratti vegetali (con caffeina), ma spesso adulterati con vari composti, come gli attivatori della lipolisi, che richiederebbero una prescrizione medica (efedrina, sibutramina, persino derivati dell'anfetamina) [37]. Va aggiunto che, per motivi etici e sanitari, molti di questi integratori sono vietati dalla WADA (Agenzia Mondiale Antidoping) per gli sportivi professionisti.

5.7 I media in Romania: una bella immagine

Un ruolo distintivo nel desiderio di ottenere una figura snella e in forma è svolto dai media. L'immagine che i media promuovono è quella di donne in forma, uomini muscolosi, fisici atletici, pelle abbronzata, sia sulla copertina dei tabloid che su quella di varie riviste. La pubblicità in questo campo si basa sull'ingaggio di personaggi famosi con corpi straordinari per vendere prodotti dimagranti, integratori alimentari, vacanze esotiche o altri servizi. Ad esempio, un ex modello di copertina della rivista Men's Health Romania, Adrian Nartea, che in seguito ha recitato in serie televisive e reality show [38], è attualmente presente nelle pubblicità delle polizze di assicurazione sanitaria. Con un corpo snello e in forma, un'altezza di 190 cm [39], Nartea è l'incarnazione della forma maschile ideale.

I titoli degli articoli dei tabloid sono pensati per essere accattivanti e si basano su frasi come corpo perfetto, aspetto sexy, mentre le copertine vantano articoli come perdita di peso di

4 chili in 7 giorni, come sbarazzarsi della cellulite, bevande che abbassano il colesterolo, i segreti di un'abbronzatura perfetta e duratura, vitamine e minerali che intensificano la dieta e l'elenco potrebbe continuare [40]. Quando i lettori o i telespettatori sono esposti a titoli e articoli di questo tipo, non c'è da stupirsi che si trasformino in consumatori frustrati che ricorrono a qualsiasi modo o prodotto possibile per assomigliare alle modelle delle copertine.

Un'altra ragione per cui i media sono fortemente responsabili è la promozione di sostanze per la perdita di peso che vengono pubblicizzate come pozioni miracolose in grado di dare agli utenti i risultati desiderati in poche settimane e senza alcuno sforzo significativo in termini di cambiamenti nelle abitudini alimentari o di aumento dell'esercizio fisico. Questo tipo di promozione si basa molto sulle star dall'aspetto stupefacente che presumibilmente utilizzano quei particolari prodotti, facendo credere ai clienti che, copiando le abitudini alimentari dei loro idoli, dimagriranno senza sforzo e avranno un aspetto glamour e da diva.

I casi di successo nella perdita di peso delle star televisive inondano gli schermi di tutto il paese. Un esempio significativo è quello di una presentatrice televisiva che è riuscita a perdere oltre 60 chilogrammi. Teo Trandafir era visibilmente ingrassata a causa di disturbi ormonali, ma il successivo intervento di chirurgia gastro-sleeve le ha permesso di raggiungere la forma che non aveva mai avuto [41]. Un'altra artista che si è rivolta al bisturi per una soluzione rapida è il soprano Ozana Barabancea, che è riuscita a perdere 38 chili [42]. Queste storie di successo e i loro personaggi sono così convincenti che la società dei consumi ricorre a qualsiasi prodotto o procedura per assomigliare alle persone che appaiono sugli schermi televisivi.

Tuttavia, i corpi snelli possono essere scolpiti non solo con interventi medici, ma anche con l'arte della chirurgia plastica che implica interventi come la liposuzione, le protesi mammarie, il lifting del viso, il sollevamento dei glutei e l'aumento del volume, il tutto per ottenere un aspetto da urlo. Mentre i prezzi sono esorbitanti, i telespettatori e i lettori di riviste siedono impotenti a sognare il corpo ideale [43]. Non è raro che le celebrità ricorrano a queste pratiche, probabilmente perché i media esercitano una tale pressione su di loro che un'alternativa più sana richiederebbe troppo tempo.

Un altro importante contributo negativo al desiderio di dimagrire e apparire snelli è dominato dai social media. Ciò che molti consumatori di social media non riconoscono è che le star e gli idoli hanno una pleora di trucchi digitali professionali che li rendono favolosi e impeccabili. Per gli utenti comuni, i filtri, le applicazioni per dispositivi mobili abbondano sugli app store, sia Google Play che App Store, con nomi allettanti come Perfect Me, Best Body, BodyTune, TrimSlimTall, RetouchMe, solo per citarne alcuni. Essendo facilmente disponibili e facili da usare, i consumatori pensano che le foto modificate di loro stessi rappresentino la realtà.

5.8 Conclusione

Nella società attuale, lungi dal rappresentare il benessere dell'individuo, la grassezza può essere percepita come estetica della bruttezza e della mancanza di autostima. Paradossalmente, nelle culture occidentali, la grassezza definisce in qualche modo la classe inferiore, mentre la magrezza è associata a un certo livello economico. L'esibizione di corpi snelli che vediamo sugli schermi televisivi o negli articoli delle riviste ha un prezzo. Ciò che si tende a dimenticare e a ignorare è che metodi come gli interventi chirurgici o i vari integratori sono stati concepiti tenendo conto del profilo del consumatore. Non sono le scorciatoie che portano a risultati rapidi a dover prevalere, ma i cambiamenti nello stile di vita che includono un'alimentazione sana e un regolare esercizio fisico per ottenere il corpo snello desiderato. I consumatori ignorano anche il fatto che la bellezza è davvero negli occhi di chi guarda.

Riferimenti

- [1] Kaufman, G. *La psicologia della vergogna. Theory and Treatment of Shame-Based Syndromes*, New York, Springer Publishing, 1996, pag. 4.
- [2] Ibidem, p. 5.
- [3] Jacoby, M. *La vergogna e le origini dell'autostima. A Jungian Approach*, Traduzione dal tedesco, in collaborazione con l'autore, di Douglas Whitcher. Londra e New York, Routledge, 2002, p. 2.
- [4] Pattison, S. *Shame: Theory, Therapy, Theology*, Cambridge, Cambridge UP, 2003, pag. 48.
- [5] Gilbert, P. "Che cos'è la vergogna? Some Core Issues and Controversies" in Paul Gilbert, Bernice Andrews (eds). *Vergogna. Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*, New York, Oxford, Oxford UP, 1998, pp. 3-39, p. 4.
- [6] Tangney, J., Ronda L. Dearing. *Shame and Guilt*, New York, The Guilford Press, 2004, p. 2.
- [7] Ibidem, p. 91, corsivo originale.
- [8] qtd in Brooks Bouson, J. *Embodied Shame. Uncovering Female Shame in Contemporary Women's Writings*, New York, Suny Press, 2009, p. 6.
- [9] Kaufman, *Psicologia della vergogna*, p. 44.
- [10] Ibidem, pag. xi
- [11] Pattison, *Vergogna: Teoria, terapia, teologia*, p. 72.
- [12] Ibidem, p. 55.
- [13] Dolezal, Luna. *Il corpo e la vergogna. Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, Londra e New York: Lexington Books, 2015, p. 77.
- [14] Ibidem, p. 80.
- [15] Erdman Farrell, Amy. *Fat Shame. Stigma e corpo grasso nella cultura americana*, New York e Londra, New York UP, 2011, p. 4.
- [16] Ibidem, p. 27.
- [17] Giddens, Anthony. *Modernità e identità del sé. Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press, 2006, p. 105.
- [18] Ibidem, p. 65.
- [19] Dolezal, *Il corpo e la vergogna*, p. 98.
- [20] Pattison, *Vergogna: Teoria, terapia, teologia*, p. 74.
- [21] Dolezal, *Il corpo e la vergogna*, p. 98.
- [22] Fuentes, Oscar. "La dimensione sociale della rappresentazione umana nell'arte rupestre del Maddaleniano (16.500 cal. BP-12.000 cal. BP): The case of the Roc-aux-Sorciers rock-shelter", *Quaternary International*, Volume 430, Part A, 2017, 97-113.
- [23] Öhrström, Lena et al. "La mummificazione sperimentale sulle tracce degli antichi egizi", *Anatomia clinica forense*, 2020; 1-12.
- [24] Schildkrout, Enid. "Inscrivere il corpo", *Annual Review of Anthropology*; 2004; 33, 319-344.
- [25] Abdul Rahim, R. ., & Wan, R. "I Kayan: Ontologia dei loro tatuaggi e dei loro significati", *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 5(S13), 2020, 335-345.
<https://doi.org/10.21834/ebpj.v5iS13.2573>
- [26] "The Long Neck Women Of The Kayan Tribe", disponibile su <https://historyofyesterday.com/the-long-neck-women-of-the-kayan-tribe-63efdb0b7af7>, consultato il 22 aprile 2022.
- [27] "Somatotipo | Definizione e fatti | Britannica", disponibile su <https://www.britannica.com/science/somatotype>, consultato il 22 aprile 2022.
- [28] "Le scioccanti dimensioni di Barbie a grandezza naturale (FOTO): Sarebbe anoressica? - CBS News", disponibile su <https://www.cbsnews.com/news/life-size-barbies-shocking-dimensions-photo-would-she-be-anorexic/>, consultato il 23 aprile 2022.
- [29] "G.I. Joe | Toys & History | Britannica", disponibile su <https://www.britannica.com/topic/GI-Joe-action-doll>, consultato il 23 aprile 2022.

- [30] Poterasu, M. et al. "Composizione corporea e parametri metabolici a confronto in giovani donne con anoressia nervosa e magrezza costituzionale", *Med. Surg. J. - Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iași* - 2020 - vol. 124, n. 2, 238-246.
- [31] Salceanu, C. "Eating Disorder Risk and Personality Factors in Adolescent Girls", *Postmodern Openings*, 11(1Sup1), 158-176. <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup1/128>.
- [32] Joja, O. D., C. Nanu, J. von Wietersheim. "Weight Concerns and Eating Attitudes among Romanian Students in Comparison to German Students and Anorexia Nervosa Patients", *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 187, 2015, 402-407, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.075>.
- [33] "Tânără de 18 ani: trei ani am fost anorexică și mama nu a observat - Printesa Urbana - Blog cald de familie" disponibile su <https://www.printesaurbana.ro/2020/09/tanara-18-3-fost-anorexica-mama-nici-observat.html>, consultato il 18 marzo 2022.
- [34] "Laura Nureldin: "Am suferit de anorexie. Am fost pe punctul de a muri"" disponibile su <https://okmagazine.ro/vedete/news/laura-nureldin-am-suferit-de-anorexie-am-fost-514100.html>, consultato il 22 marzo 2022.
- [35] "În lumea închisă a gimnasticii de performanță, cu "Adevăruri despre trecut" | TVR.RO" disponibile su http://www.tvr.ro/adevaruri-despre-trecut-patrunde-in-lumea-inchisa-a-gimnasticii-de-performan-a_33779.html#view, consultato il 22 aprile 2022.
- [36] "Amintiri de coșmar pentru o fostă gimnastă de lot național a României. și bătaia erau l'ordinea zilei - Evenimentul Zilei" disponibile su <https://evz.ro/amintiri-de-cosmar-pentru-o-fosta-gimnasta-de-lot-national-a-romaniei-infometarea-si-bataia-erai-la-ordinea-zilei.html>, consultato il 18 marzo 2022.
- [37] Tero-Vescan, A. et al. "Analisi comparativa mediante HPLC-UV ed elettroforesi capillare di integratori alimentari per la perdita di peso", *Farmacia*, 2016, vol. 64, 5, 699-705.
- [38] "Cum s-a schimbat viața lui Adrian Nartea după serialul "Vlad": "Voiam să-mi iau fetele și să ne mutăm"" disponibile su <https://click.ro/vedete/vedete-romanesti/cum-s-a-schimbata-viata-lui-adrian-nartea-dupa-36124.html>, consultato il 18 marzo 2022.
- [39] "Men's Health a aniversat 1 an in Romania", disponibile su <https://www.comunicatedepresa.ro/burda-romania/mens-health-a-aniversat-1-an-in-romania/>, consultato il 18 marzo 2022.
- [40] "Arhiva Click! pentru femei", disponibile su <https://account.paydemic.com/serial/archive/HXGCGQJFZDGPBMV435W2JE2B4>, consultato il 22 aprile 2022.
- [41] "Drama prezentatoarei Teo Trandafir: "Eram grasa poporului roman". Cum a reușit să slăbească - Buna Ziua Iasi - BZI.ro", disponibile su <https://www.bzi.ro/drama-prezentatoarei-teo-trandafir-eram-grasa-poporului-roman-cum-a-reusit-sa-slabeasca-4232800>, consultato il 18 marzo 2022.
- [42] "Incredibile! Cum arata Ozana Barabancea, dupa ce a slabit 40 de kilograme!", disponibile su <https://acasa.ro/vedete-din-romania-320/incredibil-cum-arata-ozana-barabancea-dupa-ce-a-slabit-40-de-kilograme-217966.html>, consultato il 29 aprile 2022.
- [43] "ESCLUSIVO. Topul vedetelor din România care au plătit averi pe operații estetice. Bianca Drăgușanu, cu 33.000 de euro, e departe de locul 1 - IMPACT.ro", disponibile su <https://www.impact.ro/exclusiv-topul-vedetelor-din-romania-care-au-platit-averi-pe-operatii-estetice-bianca-dragusanu-cu-33-000-de-euro-e-departe-de-locul-1-47308.html>, consultato il 20 marzo 2022.

6. Prospettiva umanistica sull'obesità e i disturbi alimentari (DE) in Serbia

Danka Sinadinović

Università di Belgrado, Facoltà di Medicina
Belgrado, Serbia
danka.sinadinovic@med.bg.ac.rs

Stevan Mijomanović

Università di Belgrado, Facoltà di Medicina
Belgrado, Serbia
stevan.mijomanovic@med.bg.ac.rs

Abstract. *Questo capitolo esplora gli atteggiamenti linguistici relativi a obesità, ED e binge eating in Serbia. È stata condotta un'indagine per identificare i termini utilizzati per le ragazze, i ragazzi, le donne e gli uomini obesi o affetti da ED. L'aspetto importante è il confronto tra i termini utilizzati per i bambini/adolescenti e gli adulti e l'evoluzione degli atteggiamenti che si riflettono nei termini utilizzati per questi due gruppi. I risultati hanno prodotto otto categorie di termini che si concentrano su diversi aspetti relativi a questi individui. Inoltre, sono state riconosciute tre sottocategorie, che hanno chiarito gli atteggiamenti che vanno dal neutro, al positivo, al negativo.*

Parole chiave: atteggiamenti linguistici, obesità, anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating

6.1 Introduzione

I processi di urbanizzazione, industrializzazione e globalizzazione, nonché uno sviluppo economico dinamico, hanno influenzato in modo significativo le abitudini alimentari e lo stile di vita in generale. Da un lato, vi sono le diete ipercaloriche, caratterizzate da un'eccessiva quantità di grassi, da un apporto insufficiente di carboidrati complessi, frutta e verdura e da uno stile di vita sedentario che, insieme, determinano l'aumento di peso e l'obesità [1]. Si ritiene che l'obesità sia la malattia cronica più comune nei bambini e negli adolescenti e sta diventando un problema crescente anche in Serbia [1]. Oltre alle diete contemporanee, l'OMS propone diversi altri fattori che portano all'obesità durante l'infanzia e l'adolescenza: la mancanza di attività fisica, il saltare la colazione, gli spuntini (soprattutto dolci), il mangiare fuori casa [2]. L'obesità nell'adolescenza può essere causata da una varietà di fattori genetici, biologici, culturali, comportamentali e psicologici e può essere innescata da eventi o episodi stressanti, come il divorzio o la separazione dei genitori, il cambio di residenza, la morte di una persona cara, gli abusi, la violenza dei coetanei, ecc. [3]. Anche i disturbi mentali, come la depressione, le fobie, l'ansia o il disturbo ossessivo-compulsivo, possono causare l'obesità in questo periodo vulnerabile della vita [4]. Gli adolescenti di solito ingrassano a causa di continui spuntini o di occasionali episodi di sovralimentazione indotti da noia, insoddisfazione, tensione, ansia o semplicemente dallo stare seduti per ore davanti al computer [3].

Oltre a ingrassare o a diventare obesi, gli adolescenti rischiano di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare (ED) (ad esempio anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da abbuffata, ecc. Tali atteggiamenti sono presenti in circa il 4%-5% degli adolescenti, con un rapporto da 6:1 a 10:1 a favore delle adolescenti di sesso femminile [5]. Questi atteggiamenti

inadeguati e i comportamenti corrispondenti (cioè l'assunzione irregolare o caotica di cibo) sono di solito innescati da un'eccessiva preoccupazione per l'immagine corporea (forma e peso in particolare) [5]. L'immagine corporea negativa e la valutazione inadeguata del proprio aspetto fisico sono diventate uno standard nei Paesi con uno status socioeconomico elevato (Stati Uniti in primis) [6].

È importante sottolineare che non sono stati condotti studi epidemiologici sulle ED in Serbia e, in generale, esiste un numero molto limitato di studi che esaminano le abitudini alimentari e gli atteggiamenti verso il cibo in Serbia [2]. Tuttavia, ci sono stati diversi studi (per lo più psicologici) che hanno analizzato la soddisfazione dell'immagine corporea o la disponibilità a seguire una dieta. Ad esempio, uno studio condotto in Serbia e Croazia nel 2004 ha rivelato che il 14,4% delle ragazze che avevano partecipato alla ricerca non era soddisfatto del proprio aspetto, il 34% era insoddisfatto del proprio peso e il 60% ammetteva di voler essere più magro [7]. Un altro studio trasversale, che ha analizzato i comportamenti e gli atteggiamenti nei confronti dell'immagine corporea e della DE tra le adolescenti utilizzando il questionario Eating Attitudes Test EAT - 26, ha collocato la Serbia tra i Paesi con la più alta prevalenza di DE, dato che il 30,4% delle ragazze esaminate aveva ottenuto punteggi EAT - 26 superiori a 20 [5].

Per quanto riguarda il tasso di mortalità e la scarsa qualità della vita, le ED mettono gli adolescenti in pericolo anche più dell'obesità. Questi disturbi comportano gravi conseguenze fisiche, psicologiche e sociali per gli individui che ne sono affetti e un numero molto ridotto di essi (dal 4% al 6%) cerca e riceve un aiuto professionale [5]. Nella civiltà occidentale, forma fisica e magrezza equivalgono a competenza, successo, attrattiva sessuale, controllo, ecc. mentre l'obesità è solitamente identificata con pigrizia, autosufficienza e inadeguatezza [8]. Ne consegue un'immagine corporea ideale che viene presentata agli adolescenti attraverso i media, i social network, i coetanei e le celebrità [9]. Inseguendo l'immagine corporea ideale, gli adolescenti possono facilmente diventare ossessionati dalla magrezza, che è biologicamente inadeguata in quanto causa vari disturbi fisiologici e sociali, persino la morte [10]. A causa di questa immagine corporea ideale, l'obesità è spesso stigmatizzata, per cui gli adolescenti in sovrappeso o obesi possono essere facilmente emarginati dai loro coetanei ed essere meno popolari [2].

Questo capitolo presenta l'atteggiamento nei confronti dell'obesità e delle ED in Serbia, esplorando i termini lessicali utilizzati per descrivere gli individui affetti da obesità e dalle ED più comuni. Questi termini lessicali ci danno un'idea delle aspettative culturali e sociali che gravano su ragazze e ragazzi rispetto a uomini e donne. Anche se nella discussione ci basiamo su ricerche e analisi precedenti, è importante notare che, per quanto ne sappiamo, la ricerca linguistica sui termini relativi all'obesità e alle ED in serbo è inesistente. Inoltre, pochi studi (soprattutto nel campo della psicologia) si sono concentrati sugli atteggiamenti verso l'obesità e l'EDS in Serbia. Pertanto, questo capitolo mira a colmare questa lacuna e ad ampliare la portata della comprensione di queste condizioni in Serbia attraverso una prospettiva umanistica, cioè linguistica.

6.2 Ricerca su obesità e DE nei giovani - prospettiva serba

L'obesità è definita come una malattia cronica refrattaria causata da un eccesso di tessuto adiposo che ha un impatto negativo sulla salute e sul benessere fisico, psicologico e sociologico [11]. Una persona il cui peso corporeo supera fino al 20% il proprio peso ideale è considerata in sovrappeso, mentre una persona il cui peso corporeo supera di oltre il 20% il proprio peso ideale è obesa [12]. Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, l'obesità è definita come un aumento del peso corporeo al di sopra di un valore determinato arbitrariamente, prendendo in considerazione il sesso, l'età e l'altezza, e si ritiene che sia causata da un'eccessiva quantità di grasso nel proprio organismo [13]. Secondo l'OMS, nel 2013 circa 42 milioni di bambini (6,3%) di età inferiore ai 5 anni erano in sovrappeso o addirittura obesi e vivevano prevalentemente nei

Paesi in via di sviluppo. È stato inoltre notato che il numero di bambini in sovrappeso e obesi è in costante aumento, soprattutto nei Paesi africani e asiatici [1].

La Serbia non fa eccezione a questa tendenza, poiché la prevalenza dell'obesità nei bambini e negli adolescenti è in costante aumento. In Serbia sono stati condotti pochi studi sull'obesità nei giovani o sull'atteggiamento delle persone nei confronti dell'obesità o delle persone obese.

Il più recente è uno studio trasversale che ha coinvolto 370 studenti della scuola di medicina di Valjevo (regione della Serbia occidentale). È stato utilizzato un questionario per esaminare le abitudini alimentari e gli atteggiamenti anti-grasso degli adolescenti di questa parte della Serbia. Secondo l'autore dello studio, uno dei risultati più preoccupanti è il consumo molto elevato di dolci e bevande gassate. Ben il 44% dei partecipanti consuma dolci e snack più volte durante il giorno, l'82% consuma regolarmente bevande gassate ed energetiche, mentre il 69% dei partecipanti mangia regolarmente prodotti da forno. È interessante notare che la maggior parte dei partecipanti (36%) ha raccolto informazioni su una sana alimentazione attraverso Internet, discutendo con i genitori (33%), parlando con gli insegnanti (17%) e solo il 14% ha ricevuto informazioni da professionisti della salute. L'ambiente e il livello di istruzione dei genitori sembrano avere il maggiore impatto sulle differenze tra abitudini alimentari sane e malsane. Ad esempio, gli studenti delle aree urbane con genitori con un livello di istruzione elevato hanno riferito di consumare pasti sani e diversificati. Inoltre, i partecipanti di sesso maschile provenienti da aree urbane con genitori con un livello di istruzione elevato erano più impegnati nelle attività sportive rispetto agli altri. Sebbene solo il 22% abbia dichiarato di saltare la colazione, la paura di ingrassare era più tipica delle partecipanti di sesso femminile. È interessante notare che il 73% dei partecipanti non ha mai seguito una dieta restrittiva, il che è completamente diverso dai risultati ottenuti in Europa. Le ragazze hanno riferito molto più spesso di desiderare di essere magre, mentre i ragazzi, al contrario, hanno ammesso di voler essere più corpulenti. Infine, le studentesse avevano un atteggiamento più negativo nei confronti dell'obesità e delle persone in sovrappeso o obese. [2]

Un altro studio è stato condotto su 307 studenti di una facoltà di medicina. Ha analizzato le abitudini alimentari dei giovani [14]. I risultati più importanti includono un'alta rappresentazione di dolci e snack, migliori abitudini alimentari nei partecipanti di sesso maschile (saltano raramente i pasti, assumono più liquidi, mangiano frutta e verdura più regolarmente rispetto alle donne) e un consumo insufficiente di acqua nel 71% dei partecipanti.

Uno studio di Halupka-Rešetar e Radić Bojanić ha analizzato i nomi di animali usati per rivolgersi alle persone in serbo [15] e alcuni dei risultati sono importanti anche per il nostro studio. L'indagine si è concentrata sull'uso dei nomi di animali in serbo nel rivolgersi alle persone, sia in modo abusivo che affettuoso, esprimendo l'atteggiamento del parlante. L'indagine ha coinvolto 100 studenti universitari di linguistica. Si è concluso che il trasferimento di nomi di animali sulle persone è motivato dal trasferimento di alcune caratteristiche animali sugli esseri umani [15]. Gli autori hanno esaminato quattro categorie, di cui due sono interessanti per noi: l'aspetto e le abitudini alimentari. Per quanto riguarda l'aspetto, le grandi dimensioni di solito implicano un aumento del peso corporeo (ad esempio, **cavalla!** (srb. *Kobilo jedna!*), **Mucca goffa!** (srb. *Kravo smotana!*)) e si traduce in gracilità o lentezza dei movimenti. Per quanto riguarda le abitudini alimentari, si riferiscono al modo di alimentarsi caratteristico di un certo animale **ad esempio, Maiale goloso!** (srb. *Svinjo alava!*). Se uomini e donne mangiano come maiali, possono essere chiamati **maiali** (srb. *svinja*), ma solo una donna può essere chiamata **scrofa** (srb. *krmača*). Inoltre, **mucca** (srb. *krava*) è regolarmente usato per rivolgersi a una donna grassa, goffa e stupida.

Un altro studio ha esaminato le metafore zoonimiche [16]. Per le persone in sovrappeso/obese l'autore ha ottenuto i seguenti risultati: **elefante** (srb. *slon*)/**elefante** (srb. *slonica*), **scrofa** (srb. *krmača*), **maiale** (srb. *svinja*) e **maiale** (srb. *krmak*); per la goffaggine:

cavallo (srb. *konj*), **cavalla** (srb. *kobila*), **orso** (srb. *medved*), **orsa** (srb. *medvedica*) ed **elefante** (srb. *slon*)

L'immagine corporea può essere definita come l'opinione che si ha del proprio aspetto fisico o, in altre parole, come un'immagine mentale che si ha delle dimensioni, dei contorni e della forma del proprio corpo e dei sentimenti che si provano per queste caratteristiche [17]. L'immagine corporea è quindi un concetto multidimensionale e coinvolge non solo l'autopercezione, ma anche gli atteggiamenti che includono opinioni, credenze, sentimenti e comportamenti [18]. È costituita da due componenti: (1) la percezione e (2) la valutazione e gli atteggiamenti verso il proprio corpo [19]. Questa immagine mentale del nostro aspetto fisico può essere conforme al nostro aspetto reale o completamente irrealistica [20]. È importante sapere che l'immagine corporea può cambiare in base all'umore, alle esperienze e all'ambiente [20], è una presentazione mentale di ciò che proviamo per il nostro corpo ed è altamente soggettiva [21]. Anche le reazioni degli altri hanno un impatto sulla formazione della propria immagine corporea [22] e di solito si tratta di ragazze più sensibili alla propria immagine corporea [21]. In generale, il periodo dell'adolescenza è il più vulnerabile per quanto riguarda l'immagine corporea, poiché numerosi cambiamenti fisici la influenzano e generano sentimenti contraddittori in relazione al nostro aspetto fisico [23]. Un'immagine corporea positiva significa che una persona accetta e rispetta il proprio corpo ed è soddisfatta di esso, mentre un'immagine corporea negativa mostra che la persona è insoddisfatta del proprio corpo e prova pensieri e sentimenti spiacevoli nei suoi confronti [20]. Si ritiene che i fattori che influenzano l'immagine corporea nelle donne siano gli standard di bellezza occidentali, le credenze religiose, la nazionalità e il genere [6].

È stato dimostrato che l'immagine corporea è collegata alla DE, alla bassa autostima, alla depressione e all'ansia [24]. La valutazione dell'aspetto fisico da parte di altre persone può essere una variabile chiave nello sviluppo dei DE [25]. La preferenza per la magrezza come qualcosa di bello, desiderabile e atteso nell'industria della moda ha un grande impatto sullo sviluppo di alcuni disturbi psicopatologici, in particolare l'anoressia nervosa [26].

L'anoressia nervosa è descritta come un disturbo in cui una persona rifiuta di mantenere il proprio peso corporeo al livello minimo per la sua età e altezza o leggermente al di sopra, prova paura di ingrassare, percepisce la propria forma e il proprio peso in modo distorto e soffre persino di amenorrea [27]. È estremamente difficile trattare questo disturbo ed è il disturbo mentale con il più alto tasso di mortalità [28]. Questo disturbo ha anche il più alto tasso di crescita [29] ed è particolarmente frequente nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni [30]. Si ritiene che sia uno dei maggiori problemi per le ragazze adolescenti in Serbia [31].

La bulimia nervosa è definita come episodi ripetuti di sovralimentazione in cui si ricorre a comportamenti compensatori per evitare l'aumento di peso [27]. La causa della bulimia è sconosciuta, ma la risposta potrebbe risiedere nei geni, nella pressione dei risultati, nella pressione dei genitori, ecc. [32]. Sia gli individui anoressici che quelli bulimici hanno la paura di ingrassare e il desiderio di avere un corpo magro [33].

Un'altra ED frequente è l'abbuffata. È caratterizzata da sentimenti negativi in relazione al proprio aspetto fisico o al cibo e compare più spesso in soggetti che sono ingrassati bruscamente o che hanno partecipato a un programma di riduzione del peso corporeo; è inoltre più frequente nelle donne [30].

È stato condotto uno studio trasversale su 220 partecipanti di età compresa tra i 16 e i 25 anni, con l'obiettivo di esaminare i comportamenti e gli atteggiamenti relativi all'immagine corporea e ai disturbi alimentari [5]. I risultati hanno mostrato che i figli di genitori divorziati e quelli che non erano soddisfatti del loro status socioeconomico erano più inclini ai disturbi alimentari. Inoltre, le ragazze provenienti da aree urbane desideravano avere il peso più basso possibile e avevano quindi maggiori probabilità di sviluppare un ED rispetto alle ragazze provenienti da aree rurali [5]. Più della metà dei partecipanti desiderava perdere peso, anche se nessuno di loro era in sovrappeso.

Infine, è stato condotto uno studio su 40 ragazze (tra i 15 e i 25 anni) con diagnosi di anoressia e un gruppo di controllo composto da 78 partecipanti sani (tra i 16 e i 18 anni). I partecipanti dovevano percepire tre tipi di corpo (picnico, astenico e atletico). Entrambi i gruppi hanno descritto gli individui pyknic come grandi, lenti, generosi, sensibili, incerti, rilassati, umili. Tuttavia, le ragazze anoressiche consideravano tali individui sicuri di sé. Le donne asteniche sono state descritte dal gruppo anoressico come belle, affidabili e nervose e dal gruppo di controllo come aggraziate, sicure di sé, atletiche e rilassate. Un'atleta è stata descritta come grande, responsabile, sicura di sé e rilassata. Il tipo astenico è stato preferito da entrambi i gruppi di partecipanti [34].

6.3 Metodologia

Sulla base di ricerche precedenti, è stata ideata un'indagine incentrata sugli atteggiamenti linguistici relativi all'obesità e alle ED. L'obiettivo originario dell'indagine riguardava gli atteggiamenti e le conoscenze sull'obesità e sulle DE, tuttavia, ai fini di questo capitolo, abbiamo deciso di concentrarci sugli elementi lessicali utilizzati per descrivere ragazze e ragazzi obesi e ragazze e ragazzi che soffrono di anoressia nervosa e bulimia nervosa. Inoltre, abbiamo esaminato gli elementi lessicali utilizzati per descrivere donne e uomini obesi e donne e uomini che soffrono di anoressia nervosa e bulimia nervosa. L'obiettivo di questo approccio era quello di confrontare il modo in cui giovani e adulti vengono descritti in relazione all'obesità, all'anoressia e alla bulimia nervosa. I risultati dovrebbero illuminare il tipo di stigma e di aspettative negative o positive che i giovani possono avere nei confronti dei suddetti stati/disturbi. Inoltre, abbiamo esaminato gli elementi lessicali relativi al disturbo da alimentazione incontrollata.

L'analisi delle risposte alle domande aperte relative a quattro gruppi diversi è inclusa in questo capitolo. Ogni domanda relativa all'obesità e all'anoressia nervosa/bulimia nervosa ha cercato di scoprire quali elementi lessicali vengono generalmente utilizzati in Serbia per descrivere ragazze, ragazzi, donne e uomini. L'obesità è stata osservata separatamente, mentre l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono state raggruppate come disturbi alimentari.

Le domande erano formulate nel modo seguente: Quali elementi lessicali sono generalmente utilizzati in Serbia per descrivere una ragazza/un ragazzo/una donna/un uomo obesi? e Quali elementi lessicali sono generalmente utilizzati in Serbia per descrivere una ragazza/un ragazzo/una donna/un uomo che soffre di anoressia/bulimia?

Per quanto riguarda il disturbo da binge eating, abbiamo optato per un'indagine più generale, in quanto il concetto di binge eating è relativamente nuovo in Serbia, come si evince dal fatto che non esiste un equivalente serbo ampiamente utilizzato del termine binge eating né nell'uso generale né nel discorso scientifico. Questo disturbo è stato separato dall'anoressia e dalla bulimia per questo motivo, ovvero per la novità del termine o per la non completa conoscenza dell'intera portata di questo disturbo. Pertanto, la domanda relativa a questo disturbo è stata formulata nel modo seguente: Conosce qualche termine/parola usata per descrivere le persone che soffrono di disturbo da alimentazione incontrollata?

In tutte le domande summenzionate, i partecipanti sono stati sollecitati anche con un suggerimento sul tipo di elementi lessicali che potevano essere inclusi nella loro risposta. Il suggerimento è stato aggiunto alla fine della domanda tra parentesi e comprendeva sempre i seguenti elementi: soprannomi, espressioni gergali, espressioni politicamente corrette, espressioni formali, ecc.

L'indagine era anonima e comprendeva 70 partecipanti (49 (70%) femmine e 21 (30%) maschi). I partecipanti appartenevano alle seguenti fasce d'età: 18-25 (38 partecipanti o 54,28%); 26-35 (15 partecipanti o 21,43%); 36-45 (12 partecipanti o 17,14%); e 46+ (5 partecipanti o 7,14%). L'indagine è stata diffusa sui social media personali dei ricercatori e agli studenti di medicina dell'Università di Belgrado.

Gli elementi lessicali acquisiti in questa indagine sono stati raggruppati in otto categorie: peso, dimensioni, altre caratteristiche fisiche (OPC), caratteristiche sociali, caratteristiche intellettuali/mentali (IMC), termini legati all'alimentazione (DRT), zoonimi e paragoni. Ogni categoria è stata ulteriormente suddivisa in tre sottocategorie: termini neutri (N), eufemismi/termini di affetto (E/A) e invettive (I). I termini neutri tendono a essere descrittivi, fattuali, definitivi, ma anche politicamente corretti. Nella sottocategoria E/A, entrambi i termini sono utilizzati per ammorbidire e attenuare le critiche sociali/personali. Gli eufemismi di questa sottocategoria hanno questa funzione, mentre alcuni termini eufemistici delle altre due sottocategorie si limitano a fornire una descrizione (politicamente corretta) o sono usati in modo offensivo. D'altra parte, i termini affettuosi tendono ad avere la forma di diminutivi e di "linguaggio da bambini". La sottocategoria delle invettive è leggermente più difficile da definire, in quanto può contenere termini negativi, dispregiativi e abusivi. Inoltre, alcune traduzioni in inglese non coprono completamente la connotazione che i termini invettivi hanno in serbo, e alcuni non sono tipicamente usati per descrivere gli esseri umani e la loro connotazione negativa è solitamente attualizzata nel contesto.

L'analisi quantitativa, cioè la frequenza dei termini e delle frasi, è stata confrontata tra i gruppi (ragazze (G), ragazzi (B), donne (W) e uomini (M)), le categorie e le sottocategorie per comprendere gli atteggiamenti linguistici verso questi gruppi in relazione all'obesità e alle ED. L'analisi qualitativa delle otto categorie e delle quattro sottocategorie è stata condotta per chiarire come vengono espressi linguisticamente gli atteggiamenti nei confronti degli individui obesi e di coloro che soffrono di DE.

6.4 Risultati

Frequenza dei termini utilizzati per obesità, EDs, binge eating

L'analisi quantitativa ha rivelato che la frequenza dei termini utilizzati è massima per i soggetti obesi (639), seguita da quelli utilizzati per i soggetti affetti da EDs (436). Il numero più basso di termini utilizzati è quello dei soggetti che soffrono di binge eating (84). Questa distribuzione dei risultati non sorprende, poiché le ED, in particolare la bulimia e l'abbuffata, non sono facilmente riconoscibili solo in base all'aspetto fisico. La frequenza totale dei termini utilizzati per gli individui obesi è la più alta nella categoria del peso (392), seguita da zoonimi (122), dimensioni (59), confronto (27), OPC (25), caratteristiche sociali (7), mentre DRT (3) e IMC (2) sono rari. È interessante notare che la categoria IMC non è presente nei maschi e la DRT non è presente in B. Nei gruppi W, B e M solo quattro partecipanti non hanno fornito risposte, mentre nel gruppo G solo due partecipanti non hanno fornito risposte. Questi numeri ci mostrano che c'è un'abbondanza di termini che si applicano agli individui obesi. La frequenza totale dei termini utilizzati per le persone affette da ED è la più alta nella categoria del peso (196), seguita da confronto (116), IMC (39), OPC (28), DRT (19), zoonimi (17), dimensioni (11) e caratteristiche sociali (10). È interessante notare che la categoria delle caratteristiche sociali non è presente in G, mentre i termini IMC sono utilizzati in misura doppia nelle femmine (G: 13, W: 13) rispetto ai maschi (B: 7, M: 6). Nei gruppi W: 15, B: 14 e G: 11, circa il 20% dei partecipanti non ha fornito alcuna risposta. Nel gruppo M: 22, circa il 30% dei partecipanti non ha fornito alcuna risposta. Ciò dimostra che i termini che si applicano agli individui che soffrono di DE non sono così facilmente disponibili/utilizzati rispetto a quelli applicati agli individui obesi, soprattutto quando si parla di uomini. La maggior parte dei termini è stata utilizzata per le ragazze, il che rivela che questi tipi di DE (anoressia e bulimia nervosa) sono più comunemente associati alle giovani donne. La frequenza totale dei termini utilizzati per gli individui che soffrono di binge eating è la più alta nella categoria dei DRT (19), seguita dagli zoonimi (11), mentre i termini IMC (5), confronto (4) e peso (4) sono rari. Circa il 58% dei partecipanti (41) non ha fornito alcuna risposta, cioè non conosce o non usa alcun termine che si applichi agli individui che soffrono di binge eating. Ciò dimostra che il binge eating non è stato riconosciuto nella misura in cui lo sono

stati l'obesità e persino le ED. Questo si nota in un paio di risposte descrittive in cui i partecipanti equiparano l'abbuffata all'obesità o la vedono come il risultato di una sovralimentazione ricorrente. Tuttavia, i termini che si riferiscono alle abbuffate rivelano che i partecipanti intendono questa condizione attraverso il modo in cui una persona mangia o il suo rapporto con il cibo. Inoltre, possiamo notare che i termini relativi alla dieta sono più comunemente usati per le ED che per l'obesità, il che ci porta alla stessa conclusione fatta per il binge eating. I termini appartenenti alla categoria del peso sono i più numerosi nel descrivere sia l'obesità sia le ED. Ciò dimostra che i partecipanti intendono queste condizioni soprattutto attraverso il peso, ma anche l'aspetto fisico (dato che spesso le due cose vanno di pari passo). Tuttavia, un dato interessante è che gli individui che soffrono di queste condizioni non vengono descritti così spesso facendo riferimento ad altre caratteristiche fisiche (tra cui le dimensioni). L'OPC e la taglia non sono presenti nei termini che si riferiscono al binge eating, il che dimostra ancora una volta che questa condizione è compresa più attraverso le attività svolte dagli individui che ne soffrono, che non attraverso le caratteristiche fisiche (incluso il peso). Infine, i termini IMC, se utilizzati, sono per lo più usati per descrivere le donne e sono prevalentemente invettive.

Per quanto riguarda la frequenza dei termini specifici usati per gli individui obesi, il più usato per tutti e quattro i gruppi è **grasso** (srb. *debeo/la*) - M: 42, G: 41, W: 40, B: 37. Il termine successivo più comune è stato **paffuto** (srb. *bucko/a*) - G: 20, B: 19. Altri due termini comuni in G sono stati **grasso** (srb. *debeljuca* - 12) e un termine che corrisponde anche all'inglese **chubby** (srb. *buca* - 11). In W, **ben arrotondato** (srb. *elegantno/fino popunjena (dama/gospodja)* - 11) è stato il secondo termine più comune (con leggere variazioni in serbo). Anche gli zoonimi sembrano essere il modo preferito per caratterizzare gli individui obesi: **maiale** (srb. *svinja*) - B: 12, M: 10; **scrofa** (srb. *krmača*) - W: 9, e **mucca** (srb. *krava*) - W: 9. Il termine più frequentemente usato per gli individui che soffrono di ED è stato **magro** (srb. *mršav/a*) - G: 12, W: 12. B: 10, M: 10. In G, anche **ragazza magra** (srb. *mršavica* - 12) era un termine comune, mentre un termine simile che corrisponde all'inglese **skinny boy** (srb. *mršavko*) era il secondo più comune in B: 9. Il terzo più comune in G: 10 e il secondo più comune in W: 10 era il termine **anoressico** (srb. *anoreksična*). La frequenza più alta di diversi termini nel binge eating era 2.

Per quanto riguarda la frequenza dei termini usati per gli individui obesi, la più alta si registra nella sottocategoria delle invettive (359). Gli invettivi sono utilizzati in misura leggermente maggiore per W: 97 e M: 92 rispetto a G: 86 e B: 84. La sottocategoria E/A (212) è la successiva sottocategoria più comune. Tuttavia, i termini E/A sono usati due volte di più in G: 84 e B: 56 rispetto a W: 39 e M: 33. Questi risultati sono prevedibili in quanto ci riferiamo a individui più giovani, dove i termini E/A sono usati per attenuare espressioni che possono ferire i sentimenti dei giovani. I termini neutri (66) sono i meno frequenti e sono rappresentati quasi equamente in tre dei quattro gruppi (M: 18, G: 17, B: 17 e W: 14). Per quanto riguarda la frequenza dei termini usati per gli individui che soffrono di ED, essa è massima nella sottocategoria delle invettive (263). Gli invettivi sono usati più spesso per le donne (G: 95 e W: 67), mentre sono meno usati per i maschi (B: 59 e M: 42). I termini neutri (112) sono la sottocategoria successiva più comune. Questi termini sono usati quasi in egual misura per le femmine (W: 31 e G: 30) e per i maschi (B: 26 e M: 25). I termini E/A (69) sono la sottocategoria meno rappresentata. Questi termini sono usati quasi quattro volte di più in G: 31 rispetto a W: 8, e due volte di più in B: 20 rispetto a M: 10. Per quanto riguarda la frequenza dei termini usati per gli individui che soffrono di binge eating, la più alta è nella sottocategoria delle invettive (35). Le altre due sottocategorie sono rare, con 4 termini neutrali e 4 termini E/A. Non ci sono termini nelle seguenti categorie: dimensioni, OPC e caratteristiche sociali. Sono rari nella categoria del peso (N: 2, I: 2), IMC (I: 4, E/A: 1) e confronto (I: 4). La maggior parte dei termini si trova nella categoria del DRT (I: 14, E/A: 3 e N: 2) e nella categoria degli zoonimi (I: 11). È interessante notare che, per quanto riguarda il binge eating, i termini E/A sono presenti solo nelle categorie DRT (3) e IMC (1). Sia per l'obesità che per le ED (compreso il binge eating), le invettive sono le più comuni. Tuttavia, i termini neutri sono usati due volte di più per le ED rispetto all'obesità.

Interpretiamo questa distribuzione dei risultati come un atteggiamento indefinito, ovvero una comprensione/conoscenza insufficiente delle ED, poiché i termini neutri tendono a essere descrittivi o politicamente corretti. D'altra parte, i termini E/A sono utilizzati quasi tre volte di più per l'obesità rispetto alle ED. I termini E/A sono tipicamente utilizzati per salvare la faccia dell'interlocutore/non offendere; pertanto, poiché l'obesità sembra essere più ovvia, i nostri partecipanti ricorrono maggiormente ai termini E/A per questa condizione rispetto agli ED. Allo stesso modo, questi termini vengono utilizzati più spesso per le bambine e i bambini, poiché in genere si tende a non ferire i sentimenti dei bambini.

Termini utilizzati per i soggetti obesi

L'analisi qualitativa dei termini utilizzati per gli individui obesi ha dato i risultati discussi in questa sezione. Nella categoria del peso, sottocategoria N, c'era un termine utilizzato in tutti e quattro i gruppi obesi (srb. *gojazan/a*), mentre il termine **con eccesso di peso** (srb. *sa viškom kilograma*) si trovava in G, W e B. Infine, il termine **corpulento** (srb. *korpulentna*) si trovava solo in W, mentre **robusto** (srb. *dežmekast*) era presente solo in B. Nella sottocategoria E/A, c'erano diversi termini trovati in tutti e quattro i gruppi. Una variazione dei termini che corrispondono a **paffuto/rosopolposo/grasso** (srb. *bucko/a, buca, debeljuca, buckasti/a, bucma/a, bucika, buckava, debeljko, debeljuškast, deba, debeljan, debelica*) sono stati usati in modo affettuoso. D'altra parte, i seguenti termini sono stati usati in modo eufemistico: il termine **ben rotondo**, in senso fisico, che corrisponde al termine serbo (*elegantno/fino*) *popunjen/a* bello/elegantemente paffuto); il termine **paffuto** (srb. *punačak/ka, puniji/a*), che in W talvolta precedeva il sostantivo **signora** (*una signora paffuta punija dama/gospođa*). In G e B, abbiamo trovato una frase colloquiale **there's a lot of her/him** (srb. *ima ga/je*), mentre il termine descrittivo **a slightly wider lady** (srb. *malo šira gospođa*) è stato trovato solo in W. In B e M, abbiamo trovato termini E/A che corrispondono alla parola inglese **pot-bellied** (srb. *trbušast* e *stomaklija* in M, *trba* e *trboje* in B), che tendono ad avere un tono affettuoso o umoristico, ma riducono i maschi obesi alla parte del corpo tipicamente interessata dall'aumento di peso/obesità (**pancia**). Un dato importante riguarda il rapporto tra termini affettuosi ed eufemistici nei gruppi: i termini affettuosi dominano in G e B, mentre quelli eufemistici sono più comuni in W, e sia i termini affettuosi che quelli eufemistici sono ugualmente rappresentati in M. Non sorprende che i termini affettuosi siano usati maggiormente per gli individui più giovani. Tuttavia, il fatto che in M i termini affettuosi siano alla pari con gli eufemismi, mentre in W gli eufemismi sono più comuni, ci mostra che l'atteggiamento verso gli uomini è più generoso/familiare e che le donne sono descritte in modo più provvisorio e attento. Ciò rivela la nozione culturale secondo cui le donne sono più sensibili quando si tratta del loro aspetto e si offendono più facilmente. Nella sottocategoria delle invettive, in tutti e quattro i gruppi sono stati riscontrati i seguenti termini: **grasso** (srb. *debeo/la*); **ingrassato** (srb. *ugojen/a, podgojen/a*); **scoppiato** (srb. *puca od sala - scoppiato dal grasso*) (in B e M era presente un'altra variante: srb. *ovaj će da pukne - scoppierà*). In W sono stati riscontrati i termini **grasso-culo** (srb. *debelguza*) e **grasso** davanti al sostantivo che indica una donna bisbetica o "un'arpia" (srb. *debela ženturača*), mentre il termine specifico di G e B era **fatso** (srb. *debeljander/ka*). Infine, le invettive riscontrate solo in M sono state le seguenti: **gonfio** (srb. *zadrigao*), **pancia (enorme)** (srb. *stomačina*) e un **uomo grasso e testone** (srb. *debeli glavonja*). Questi tre termini hanno una connotazione significativamente più negativa in serbo che in inglese. Possiamo notare che il termine **grasso** si colloca con sostantivi che hanno una connotazione negativa, il che rivela un atteggiamento negativo nei confronti di uomini e donne obesi. Inoltre, il termine "**ingrassato**" toglie agli individui obesi la possibilità di agire, riducendoli ad animali che vengono nutriti per essere consumati.

Nella categoria delle dimensioni, sottocategoria N, abbiamo incontrato due termini in tutti i gruppi: **grande** (srb. *krupan/a*) e **più grande** (srb. *krupniji/a*). Il termine **corpulento** (srb. *mrga*) è stato trovato solo in B e M, il termine **di corporatura più grande** (srb. *krupnije građe*) era presente in B, mentre il termine **tarchiato** (srb. *zdepast*) è stato usato in M. L'unico termine

E/A che è stato trovato in tre gruppi (G, B e M) è stato **minuscolo** (srb. *mrvica*)². Il termine descrittivo **non così piccolo** (srb. *nije baš sitna*) era presente solo in G, mentre nessun termine E/A è stato trovato in W. Un termine invettivo presente in tutti e quattro i gruppi è stato **enorme** (srb. *ogroman/a*), mentre il termine **una donna di grandi dimensioni** (srb. *gabaritna*) era presente solo in W. Analogamente, **massiccio** (srb. *masivan*) e **pesante** (srb. *pozamašan*) erano presenti solo in M, mentre **jumbo** (srb. *džambo*) era usato solo in B.

Nella categoria OPC non c'erano termini neutri in G e W, mentre c'era un termine neutro usato sia per B che per M: **thick-set** (srb. *nabijen*). Nella sottocategoria E/A il termine **robusto/forte** (srb. *jak/a*) è stato utilizzato in tutti e quattro i gruppi. Oltre a questo, il termine **rotondo** (srb. *okrugla*) è stato utilizzato in G e W, **voluttuoso** (srb. *raskošnija* luxurious) in W, **muscoloso** (srb. *sa dosta mišića con molti muscoli*) in M. Termini affettuosi sono stati usati specificamente per individui giovani **gonfio** (srb. *pufnasta fluffy*) in G, e carino (srb. *sladak*) in B. Un termine invettivo usato in tutti e quattro i gruppi è **unto** (srb. *mastan/masna*). Il termine **trasandata** (srb. *zapušten/a*) si trova in M, G e W, **flaccida** (srb. *rastresita*) è presente solo in W e la frase **si vede allo specchio** (srb. *vidi li se ona u ogledalu*) si trova solo in G. Quando si tratta di termini E/A, l'attenzione si concentra sull'aspetto fisico in modo descrittivo, ad esempio attraverso analogie, mentre, nella sottocategoria delle invettive, i termini si concentrano anch'essi sull'aspetto fisico, ma come risultato della mancata cura di sé.

Nella categoria delle caratteristiche sociali, non ci sono termini N ed E/A nei quattro gruppi. Un termine invettivo è stato usato sia in G che in W: **zitella** (srb. *usdelica*), mentre due termini sono stati usati solo in W: **miserabile** (srb. *nesrećnica*) e **bisbetica** (srb. *strina moglie dello zio paterno*). In B abbiamo trovato due termini: **pigro** (srb. *mrcina carogna*) e **rozzo** (srb. *sirovina*). Infine, in M, abbiamo trovato un solo termine: **ossa pigre** (srb. *strvina carogna*)³. Le parole usate per le femmine sono particolarmente toccanti, perché dimostrano che le bambine vengono giudicate in base al loro aspetto fisico fin dalla più tenera età e che sia le bambine che le donne sono socialmente stigmatizzate in questo senso. Al contrario, vediamo che l'obesità nei maschi è tipicamente associata alla pigrizia e alla mancanza di buone maniere.

Nella categoria IMC erano presenti solo due termini/frasi invettive: **c'è qualcosa che non va in lei** (srb. *nešto joj fali*) in W, e **malata (mentalmente)** (srb. *bolesna*) in G. L'aspetto fisico delle donne obese è direttamente collegato al loro stato mentale, cosa che non avviene per i maschi. Vedremo anche in 4.3 che la maggior parte dei termini della categoria IMC è usata per le donne.

Nella categoria del DRT, l'unico termine neutro è stato trovato in M **hearty eater** (srb. *ješan*), che consideriamo un termine politicamente corretto con una connotazione quasi positiva. L'unico termine invettivo **overfed** (srb. *preuhranjena/prehranjena*) è stato usato in W e G. Questo termine ci indica che si ritiene che le femmine non abbiano potere o controllo sui propri impulsi.

Nella categoria degli zoonimi, non sono stati trovati termini N in tutti e quattro i gruppi e nessun termine E/A in W e M. Un termine E/A e le sue varianti utilizzate in G è **piggy** (srb. *svinjica, prasica, gica (prasica), pigi*). I termini E/A presenti in B sono **orsacchiotto** (srb. *meda, medonja*) e **panda** (srb. *panda*). I termini usati per i ragazzi sono tradizionalmente percepiti come carini e coccolosi, suggerendo una qualità quasi giocattolosa, mentre piggy è un'associazione diretta a un maiale che è considerato una connotazione negativa sia in inglese che in serbo. L'unico termine invettivo utilizzato in tutti e quattro i gruppi è **pig** (srb. *svinja*), mentre il termine **hog** (srb. *krmak*) è stato trovato in B, M e G. Sia in W che in G abbiamo trovato i seguenti termini: **sow** (srb. *kрмаča, prasica*) e **cow** (srb. *krava*). I termini **cinghiale** (srb. *vepar*), **orso** (srb. *medved*) e **toro** (srb. *bik*) sono stati trovati sia in B che in M, mentre il termine **bovino** (srb.

² La parola *mrva/mrvica* si riferisce normalmente a una **mollica di pane**. Tuttavia, il suo significato è stato esteso per indicare qualcosa di veramente piccolo o minuscolo. Questo è il motivo per cui il termine non è stato incluso nella categoria Confronto.

³ Il significato figurato di *mrcina* e *strvina* è quello di inerzia, pigrizia e sciatteria.

stoka) era presente in B, M e W. In G, B e M abbiamo trovato il termine che connotativamente corrisponde alla parola **maiale**, tuttavia in serbo la traduzione letterale della parola sarebbe **maialino** (srb. *prase*). In B, questo termine è ulteriormente enfatizzato dall'aggettivo **grasso** (srb. *debelo*). I seguenti termini sono stati trovati solo in W: **vacca grassa** (srb. *debela krava*), **vacca enorme** (srb. *kravetina*) e **cavalla** (srb. *bedevija*). I seguenti termini sono stati trovati solo in M: **maiale grasso** (srb. *debela svinja*), **elefante** (srb. *slon*) e **cavallo grasso** (srb. *konj debeli*). I termini **bue** (srb. *vo*) e **fuco** (srb. *trut*) sono stati usati solo in B, mentre il termine **tricheco** (srb. *morž*) è stato usato sia in B che in G. Il termine **rettile** (srb. *gmaz*), che in serbo ha anche il significato figurato di persona grassa, lenta e inerte, è stato usato in G e in M. Infine, la frase **grasso come un maiale** (srb. *debeo kao svinja*) era presente in B e in M. In serbo, alcuni zoonimi hanno anche altri significati oltre al peso, ovvero il trasferimento di alcune caratteristiche animali sugli esseri umani come la taglia (ad esempio **elefante**, **tricheco**, **mucca** e **giumenta**), la forza (ad esempio **cinghiale**, **orso**, **toro** e **bue**), la pigrizia (ad esempio **tricheco** e **bordone**) e, secondo precedenti ricerche sugli zoonimi [15], [16], la goffaggine, la grazia e la lentezza dei movimenti (ad esempio **mucca**, **orso** ed **elefante**). Il sostantivo **bestiame** è un sostantivo collettivo che in serbo può avere il significato figurato di persona disonesta o di persona il cui aspetto fisico e le cui abitudini alimentari assomigliano a quelle di mucche, maiali, buoi, ecc.

Nella categoria dei paragoni, non sono stati trovati termini N e solo tre termini E/A: **gnocco** (srb. *krofica piccola ciambella*) in G, **una donna tozza** (srb. *bombica una piccola bomba*) in W, e **Stanlio** (srb. *Stanlio*) in B⁴. Nella sottocategoria degli invettivi, il termine e le sue varianti presenti in tutti e quattro i gruppi è **armadio (grande)** (srb. *ormar, šifonjer chiffonier, trokrilni ormar triplo armadio*). Il termine presente sia in G che in W è **lottatore di sumo** (srb. *sumo rvač*), mentre il termine **barile** (srb. *bure*) è stato usato in B, M e G. Il termine **carro armato** (srb. *tenk*) è stato trovato in B e W, mentre il termine **artiglieria pesante** (srb. *teška artiljerija*) era presente in B e G. I termini **Big Bertha** (srb. *Debela Berta* un tipo di cannone) e **latteria** (srb. *mlekara*)⁵ sono stati usati solo in G. Il partecipante ha usato il termine **latteria** specificamente per le ragazze adolescenti più grandi e supponiamo si riferisca al seno, il che rivela la sessualizzazione e la stigmatizzazione delle ragazze adolescenti obese in modo puramente corporale. Infine, il termine **Terminator** (srb. *Terminator*) era presente solo in B. Alcuni di questi termini hanno anche il significato di taglia (ad esempio, **armadio**), mentre i termini che si riferiscono a qualche tipo di arma (ad esempio, **carro armato**, **Big Bertha**) o "guerriero" (ad esempio, **Terminator**, **lottatore di sumo**) hanno anche il significato di forza o potenza.

Termini utilizzati per le persone affette da DE

L'analisi qualitativa dei termini utilizzati per indicare gli individui che soffrono di ED ha dato i risultati discussi in questa sezione. Nella categoria del peso, sottocategoria N, i seguenti termini ricorrono in tutti e quattro i gruppi: **magro** (srb. *mršav/a*), **anoressico** (srb. *anoreksičan/a*) e **bulimico** (srb. *bulimičan/a*). Il termine **magro** (srb. *tanak*) è stato trovato in B e M, il termine **snello** (srb. *vitka*) si è verificato in W, e la frase **una persona molto magra** (srb. *veoma mršava osoba*) è stata usata in B. Nella sottocategoria di E/A non c'erano termini per descrivere W. Il termine **ragazza/ragazzo/uomo magro** e le sue varianti (srb. *mršavac, mršavko, mršavica, mrša, premršavica troppo magro*) sono stati trovati in G, B e M. Questi termini sono considerati affettuosi a causa della loro forma diminutiva. La frase **non fa ombra** (srb. *ne vidim joj senku*) è stata usata in G. Anche se questa frase eufemistica/figurativa suona offensiva, la consideriamo più descrittiva rispetto a quelle classificate nelle invettive. Il termine **paffuto** (srb. *bučko*) è stato

⁴ Questo termine si riferisce a Stanlio e Ollio, dove Stanlio è una persona magra, quindi riteniamo che il partecipante abbia confuso i personaggi o che abbia usato di proposito il sarcasmo. In seguito, lo stesso partecipante ha usato Ollio per le ED.

⁵ Il partecipante ha usato questo termine specificamente per le ragazze adolescenti più grandi e supponiamo che si riferisca al seno.

trovato in M.⁶ Nella sottocategoria delle invettive, i seguenti termini sono stati trovati in tutti e quattro i gruppi: **ragazza/ragazzo/donna/uomo anoressico** (srb. *anoreksičar/ka*), **ragazza/ragazzo/donna/uomo bulimico** (srb. *bulimičar/ka*)⁷, **troppo/eccessivamente magro** e le sue varianti (srb. *premršav/a*, *preterano mršav/a*, *užasno mršava*), **magro** e le sue varianti (srb. *žgoljav/a*, e in particolare *žgoljkava* in G, e *žgoljavko* in B), **magro** (srb. *osušen/a*, e in particolare *suva*, *sasušena*, *kako se osušila* in W, e *suvonjav* in B)⁸ e **pelle e ossa** (srb. *kost i koža*). La frase ha **bisogno di un po' di carne sulle ossa** (srb. *nema pas za šta da ga/je ujede*)⁹ è stata usata in G, W e M. La frase **pesa 20 kg con il suo letto** (srb. *20 kila s krevetom*) e il termine **grasso** (srb. *debela*)¹⁰ sono stati usati in G, mentre **il ragazzo magro** (srb. I termini neutri anoressica e **bulimica** si limitano a dichiarare o a notare la condizione di chi ne soffre, mentre le varianti invettive di questi termini hanno l'intenzione di ferire o offendere chi ne soffre. Come abbiamo visto in precedenza, le femmine, soprattutto le donne, sono trattate in modo più severo. Non ci sono termini/frasi E/A usati per le donne, mentre sono presenti in tutti gli altri gruppi. Questo rappresenta un modello per le ragazze su cosa aspettarsi quando si parla di linguaggio, cioè di stigmatizzazione e di atteggiamento sociale nei confronti dei loro stati fisici e mentali.

Nella categoria delle dimensioni, il termine neutro presente in tutti e quattro i gruppi è **minuscolo** (srb. *sitan/a*, e in particolare *sićušna* in G), mentre il termine **piccolo** (srb. *mali*) è presente in B e M. Non ci sono E/A nei gruppi B, W e M, e non ci sono invettive in nessuno dei quattro gruppi. L'unico termine E/A è stato utilizzato in G e corrisponde alla parola **minuscola** (srb. *mrsvica* - mollica di pane)¹¹.

Nella categoria dell'OPC non c'erano termini N e l'unico termine E/A presente in tutti e quattro i gruppi era **weak** (srb. *slab/a*). Questo termine è stato classificato in E/A in quanto si riferisce più alla costituzione fisica, cioè alla magrezza e non alla forza in sé. In serbo se qualcuno ha perso peso si usa il termine *oslabiti* (ing. *to weaken*). Inoltre, in G e W sono stati trovati i seguenti termini E/A: **carino** (srb. *lepa*) e **bello** (srb. *zgodna*). Tuttavia, in M è stato usato il termine **fit** (srb. *u formi*). Ci sono stati diversi termini/frasi invettive: **softy** (srb. *kilav*) in B e M, **plain** (srb. *nikakav/nikakva*)¹² in B, M e W, **decrepita** (srb. *propao/la*) in M e W, **ossuta** (srb. *koščat/a*) in B e G, **debole** (srb. *slabić*) in B e M, **debole** (srb. *metiljav*) in B, cenerina (srb. *bleda*), **senza carne** (srb. *nema dupeta assless*) in G, e **senza tette e culo** (srb. *nema dupeta i sisa*) in W. Possiamo notare che la magrezza nelle femmine è guardata dal prisma della bellezza o della presenza di certi attributi fisici, mentre negli uomini è percepita come forma fisica o, al contrario, mancanza di forza. In precedenti ricerche [2] è stato riferito che le ragazze desiderano essere magre, mentre i ragazzi preferiscono essere più corpulenti/forti fisicamente. Pertanto, non sorprende trovare termini come **carina** e **di bell'aspetto**, e successivamente **modella** (nella categoria di confronto) per descrivere le femmine magre. Tuttavia, termini come cenerina, **senza carne**, **senza tette** e **senza culo** indicano ancora un atteggiamento negativo nei confronti della magrezza femminile.

⁶ Questo termine può essere spiegato in due modi: o il partecipante ha usato questo termine per descrivere un uomo bulimico (e ha dimenticato di sottolinearne l'uso) o il partecipante ha usato questo termine in modo sarcastico/ironico, cioè in un modo che prende in giro la persona che descrive.

⁷ I termini serbi *anoreksičar/ka* e *bulimičar/ka* hanno una connotazione negativa, quasi abusiva, di appellativo.

⁸ Tutti questi termini hanno il significato letterale di inaridire o diventare secco.

⁹ Questa frase ha il significato figurato di **essere fuori dai gomiti** (povero), e letteralmente significa che non ha abbastanza carne per essere morso da un cane. Crediamo che questo termine sia stato usato in modo letterale, piuttosto che figurato.

¹⁰ Si veda la nota 5.

¹¹ Questo termine non è stato classificato nel gruppo di confronto, in quanto viene normalmente utilizzato per indicare qualcosa di veramente piccolo.

¹² In serbo ha una connotazione più negativa: persone poco attraenti.

Nella categoria delle caratteristiche sociali, non sono stati utilizzati termini per G, né termini neutri in tutti e quattro i gruppi, né termini E/A in G e W. L'unico termine E/A utilizzato per B e M è stato **poverino** e la sua variante (srb. *mukica, jadničak*), che appartiene ai termini affettuosi, quasi compassionevoli. In W sono state trovate le seguenti invettive: **miserabile** (srb. *nesrećnica*), **servile** (srb. *servilna*) e **adatto/eleggibile** (srb. *podobna*). I termini **effeminato** (srb. *ženstven*) e **strano** (srb. *čudan*) erano presenti in B, e la frase **non uomo** (srb. *nije muško*) era usata in M. Queste invettive ci mostrano che la magrezza nelle donne è vista come un segno di essere socialmente deboli e malleabili, oppure sfortunate e indesiderate. Quando si tratta di uomini, la magrezza è percepita come mancanza di caratteristiche muscolari stereotipicamente associate agli uomini gay.

Nella categoria IMC, sono state utilizzate due frasi neutre (politicamente corrette) in tutti e quattro i gruppi: **una ragazza/donna/ragazzo/uomo che soffre di anoressia** (srb. *devojčica/žena/dečak/muškarac koja/i boluje od anoreksije*) e **una ragazza/donna/ragazzo/uomo che soffre di bulimia** (srb. *devojčica/žena/dečak/muškarac koja/i boluje od bulimije*). Non ci sono termini E/A in nessun gruppo. Due invettive sono state trovate in tutti e quattro i gruppi: **malato (mentale)** (srb. *bolestan/a*) e **disturbato** (srb. *poremećen/a*). Il termine **pazzo** (srb. *nenormalan/a*) è stato usato in M, B e G, mentre i termini **matto/casalingo** (srb. *luda, ludača*), **psicosi** (srb. *psihoza*) e **scemo/idiota** (srb. *budala*) sono stati usati in G e W. L'espressione **un malato di mente** (srb. *psihički bolesna osoba*) e il termine **malato/paziente** (srb. *bolesnica*) sono stati trovati in G, mentre le frasi **deve essere (mentalmente) malata** (srb. *mora da je bolesna*) e **perché si fa questo?** (srb. *šta joj to treba*) sono state elencate in W. Attraverso questi termini possiamo vedere che le ED (anoressia e bulimia nervosa) sono associate alla malattia mentale. Tuttavia, i termini invettivi ci mostrano un atteggiamento negativo nei confronti della malattia mentale in generale, e in particolare delle donne malate di mente, il che rivela un livello più alto di stigmatizzazione e di giudizio applicato alle donne rispetto agli uomini.

Nella categoria del TdR, non ci sono termini N o E/A in nessun gruppo. Il termine invettivo **denutrito** (srb. *neuhranjen/a*) è stato trovato in tutti e quattro i gruppi, mentre il termine **denutrito** (srb. *pothranjen/a*) è stato usato in B e G. Analogamente al termine **denutrito** usato per le femmine obese, anche questi termini ci mostrano che le femmine mancano di agency. Per quanto riguarda gli individui che soffrono di bulimia, la frase **colei che si spinge le dita in gola** (srb. *ona što gura prste u usta*) è stata trovata in G e W, mentre le frasi **colei che continua a mangiare** (srb. *samo jede*), **colei che abbuffa** (srb. *ona što baca pegle*) e **quella che si ingozza** (srb. *ona što se prežderava*) sono state usate solo in G. Le donne bulimiche sembrano essere descritte attraverso l'attività più comunemente associata alla bulimia nervosa o attraverso la loro incapacità di controllare gli impulsi, cioè il mangiare compulsivo.

Nella categoria degli zoonimi, non ci sono termini neutri nei quattro gruppi. Il termine E/A **cardellino** (srb. *štiglic*)¹³ è stato utilizzato in B, M e G. Sono state trovate le seguenti invettive: **squallido** (srb. *saraga* nel significato di **sottile come un rastrello**) in B, G e W, **verme (di terra)** (srb. *glista*) in B, M e G e **giraffa** (srb. *žirafa*) in G. Tutti questi termini hanno il significato aggiuntivo di essere alti e allungati. Inoltre, la frase **sottile come un verme** (srb. *mršava kao glista*) si trova in G e W, mentre le frasi **sembra un tetro** (srb. *izgleda kao saraga*) e **grasso come un orso** (srb. *ugojila se kao medved*) sono presenti in G.

Nella categoria della comparazione, non c'erano termini neutri in B e M, mentre il termine **modello** e la sua variazione (srb. *manekenka, modello*) sono stati trovati in G e W. Non c'erano termini E/A in M, mentre il termine **(piccolo) bastone** (srb. Il termine **Hardy** (srb. *Olio*)¹⁴ è stato usato in B, mentre i termini **ramoscello** (srb. *grančica*), **Pollicino** (srb. *Palčica*) e **Olivo** (srb. *Oliva*) sono stati trovati in G. I seguenti invettivi sono stati trovati in tutti e quattro i gruppi: **IV stand** (srb. *stalak za infuziju*), **branch** (srb. *grana*), **pole** (srb. *pritka*) e **toothpick** (srb.

¹³ Questo termine è figurato nel significato di **minuscolo**, ma poiché denota un uccello canoro fragile e grazioso appartiene alla sottocategoria di E/A.

¹⁴ Si veda la nota 3.

čačkalica). I termini che corrispondono alla frase inglese **skin and bones** (srb. *kostur and skelet skeleton*; e *mršav kao kostur as thin as a skeleton*) e **beanpole/stick up one's ass** (srb. *progutaot motku swallowed a pole*) sono stati trovati in B e M. In G e W, i termini **broomstick** (srb. *metla*) e **plank** (srb. *daska*), mentre il termine **palo** (nell'accezione di srb. *motka*) è presente in B, G e W. Il termine serbo *prangija*, che indica un tipo di cannone di piccole dimensioni, è stato utilizzato in B, M e G. Riteniamo che l'uso sia errato in quanto il suo significato figurativo si riferisce a una persona testarda. In G è stato usato il termine **coathanger** (srb. *vešalica*), in B il termine **stick** (srb. *štap*), il termine **dry twig** (srb. *suvarak*) e l'espressione **as thin as a rail** (srb. *tanak kao prut*), mentre in M i termini **ago** (srb. *igla*), **mozzicone di sigaretta** (srb. *pikavac*) e la frase **secca come un osso** (srb. *suva kao grana secca come un ramo*) erano presenti in M. La maggior parte di questi termini che si riferiscono a qualche tipo di oggetto allungato hanno il significato aggiuntivo di essere alti e piatti. Tuttavia, alcuni termini come (**piccolo**) **bastone**, **ramoscello**, **stuzzicadenti**, ecc. hanno anche il significato di piccolo. I termini serbi *kostur* e *skelet* (scheletro), *mršav kao kostur* (magro come uno scheletro) e *stalak za infuziju* (supporto per la flebo) sono tutti associati alla malattia e alla morte, ma rivelano anche una mancanza di rispetto per le potenziali conseguenze delle ED e sono estremamente insensibili.

Inoltre, ci sono state sei risposte descrittive relative ai ragazzi e tre agli uomini che soffrono di DE. Queste risposte affermano per lo più che quando si tratta di maschi, parlare di DE è ancora considerato un tabù, cioè non se ne parla e non si considerano i maschi come possibili soggetti affetti da DE. Un partecipante ha sottolineato il legame tra la DE nei ragazzi e la percezione sociale di questi individui come omosessuali o eccentrici. Sia i ragazzi che gli uomini sono considerati molli ed eccessivamente magri se soffrono di DE. Inoltre, un partecipante ritiene che i ragazzi (di età compresa tra i 14 e i 18 anni) facciano troppo esercizio fisico, il che potrebbe contribuire a farli apparire malaticci o strani.

Termini utilizzati per le persone che soffrono di abbuffate

L'analisi qualitativa dei termini utilizzati per gli individui che soffrono di binge eating ha dato i risultati discussi in questa sezione. Nella categoria del peso, l'unico termine neutro è **obeso** (srb. *gojazan/a*), mentre l'unico termine invettivo è **grasso** (srb. *debeo/la*).

Nella categoria IMC è stata trovata la frase E/A **affoga il tuo dolore nella cioccolata** (srb. *utapa tugu u čokoladi*). Inoltre, sono stati riscontrati diversi termini/frasi invettive: **incontrollato** (srb. *nekontrolisan*), **smodato** (srb. *neumeren*), non sa **quando fermarsi** (srb. *ne zna šta je dosta* - si riferisce all'essere golosi) e **nervoso/ansioso** (srb. *živčan* - mangia in modo incontrollato perché è nervoso).

Nella categoria DTR erano presenti due termini/frasi neutre: **un mangiatore di cuore** (srb. *ješan*) e **una persona a cui piace mangiare** (srb. *osoba koja uživa u hrani*). In termini E/A esistevano due varianti dello stesso termine **goloso** (srb. *ždera, žderonja*). In serbo questi termini hanno un significato affettuoso, a differenza di quelli simili presenti nella sottocategoria delle invettive. Numerosi sono i termini/frasi invettive e le loro varianti: **goloso/ golosa** (srb. *proždrljivac, žderač, prežderivač, prejedalica*), **vorace** (srb. *halapljiv*), **divoratore** (srb. *ždranje, alavost*), **porco** (srb. *krmljanje*), **insaziabile** (srb. *nezasit*), **ingrassa** (srb. *ona se tovi*), lo **stomaco pieno è l'unica cosa importante per lei** (srb. *samo joj je važno da napuni želudac*), e **i suoi occhi sono più grandi della sua pancia/stomaco** (srb. *jede očima/gladne mu oči mangia con gli occhi*).

Nella categoria degli zoonimi erano presenti solo invettive: **vacca grassa** (srb. *debela krava* per le femmine), **maiale/maialino** (srb. *svinja, prase*), **maiale** (srb. *krme, krmak*), **scrofa** (srb. *krmača* - per le femmine), **bovino** (srb. *stoka*) e **locusta** (srb. *skakavac* divorano tutto ciò che trovano sul loro cammino). L'uso di questi termini per indicare i mangiatori di cibo si basa sul trasferimento di caratteristiche animali, in particolare sul modo in cui questi animali mangiano.

Nella categoria dei paragoni sono state usate diverse invettive: **rifugiato** (srb. *izbeglica* - un termine culturalmente specifico usato per una persona molto povera e affamata (inf.)), **bufera di neve/tempesta** (srb. *mećava*), **Hoover** (srb. *usisivač*) e **pillolaro** (srb. *tabletoman*).¹⁵

Non sono stati trovati termini nella categoria delle dimensioni, dell'OPC e delle caratteristiche sociali.

Possiamo notare che la maggior parte dei termini che si riferiscono ai binge eaters enfatizzano il modo in cui si mangia, cioè mangiare in modo compulsivo e mangiare grandi quantità di cibo. Tuttavia, due termini rivelano che alcuni partecipanti comprendono che esistono cause diverse di questo tipo di ED, ossia l'ansia (**nervoso/ansioso**) e la tristezza/depressione (ad esempio, **affoga il proprio dolore nella cioccolata**).

6.5 Conclusione

Questo capitolo ha cercato di aggiungere una prospettiva umanistica/linguistica alle precedenti ricerche su obesità, ED e binge eating. In Serbia, gli studi che hanno affrontato questi temi sono pochi e si sono concentrati principalmente sulle abitudini alimentari, sugli aspetti psicologici e sociali delle condizioni (ad esempio, la stigmatizzazione e l'emarginazione), sull'impatto socio-economico sull'immagine corporea e sullo stato psicologico degli adolescenti. I risultati della nostra indagine hanno aggiunto un tassello al complesso mosaico della situazione e dell'ambiente che influenza i giovani che hanno a che fare con disturbi alimentari e obesità. L'aspetto che abbiamo illuminato è incentrato sugli atteggiamenti linguistici che sia i bambini/adolescenti serbi che gli adulti di entrambi i sessi devono affrontare durante la loro condizione di obesità/ED/abbuffate.

L'analisi quantitativa ha rivelato che i termini utilizzati per l'obesità e le ED descrivono/si riferiscono più comunemente al peso, a differenza di altre caratteristiche (ad esempio, sociali, intellettuali e mentali). Ciò è confermato dai termini più frequenti "**grasso**", "**paffuto**" (per l'obesità) e "**magro**", "**magro**" (per gli ED). D'altra parte, i termini più comuni che si riferiscono al binge eating descrivono il modo in cui si mangia, cioè un comportamento alimentare compulsivo e psicologicamente motivato. La maggior parte dei termini che si riferiscono alle persone obese e a quelle che soffrono di ED (compresa l'abbuffata) sono negativi o offensivi, persino abusivi. I termini neutri sono usati due volte di più per le ED rispetto all'obesità, mentre i termini E/A sono usati quasi tre volte di più per l'obesità rispetto alle ED. Le ED sembrano essere meno riconosciute e meno discusse nella società serba, il che si riflette nel linguaggio attraverso termini neutri/descrittivi/politicamente corretti. Al contrario, l'obesità è più facilmente percepita ed è stata più a lungo al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica, quindi l'atteggiamento linguistico si è evoluto di pari passo con le opinioni della società, generando una miriade di termini, ma soprattutto quelli che attenuano la posizione negativa nei confronti degli individui obesi, ad esempio attraverso l'uso di eufemismi e termini affettuosi. Possiamo anche concludere che il binge eating non è ancora abbastanza riconosciuto in Serbia, dato che più della metà dei partecipanti non ha fornito alcuna risposta/termine per gli individui che ne soffrono.

L'analisi qualitativa ha corroborato i risultati dell'analisi quantitativa, ma ha anche mostrato che esiste un'ampia gamma di termini che la lingua serba ha utilizzato in relazione all'obesità e alle ED. I termini che descrivono questi individui attraverso il loro aspetto fisico (peso e dimensioni) non sono stati così sorprendenti come quelli relativi alle caratteristiche sociali e intellettuali/mentali, che hanno rivelato un atteggiamento misogino e omofobico. Inoltre, i termini che si riferiscono ad altre caratteristiche fisiche rivelano che gli obesi sono percepiti come persone che trascurano il loro aspetto, tanto da essere considerati degli sciattoni,

¹⁵ Non siamo sicuri del motivo per cui questo termine sia stato usato in questo contesto, ma una possibile spiegazione è che una persona di questo tipo mangia in modo compulsivo come una persona che prende pillole.

mentre coloro che soffrono di DE sono percepiti come poco attraenti e fisicamente deboli. D'altra parte, gli zoonimi e i paragoni tendono a trasferire le caratteristiche di animali, oggetti o personaggi di fantasia, che in genere si riferiscono a caratteristiche fisiche. Tuttavia, anche altre caratteristiche trasferibili possono far luce sull'atteggiamento culturale nei confronti dell'obesità o delle ED, e spesso coincidono con quelle riflesse nei termini che descrivono le abitudini alimentari di una persona. Di conseguenza, l'obesità, le ED e le abbuffate sono considerate come malattie, cioè come costrizioni o mancanza di controllo.

Lundgren et al. sostengono che la percezione e la valutazione del proprio ambiente possono contribuire alla progressione delle ED [25]. Riteniamo che sia gli individui obesi sia quelli che soffrono di ED siano influenzati e influenzabili dai loro coetanei in un modo che può esacerbare la loro condizione e spingerli ancora di più verso stati mentali precari. Ciò è particolarmente vero per gli adolescenti e i giovani adulti. Il linguaggio usato per gli adulti serve come modello di ciò che possono aspettarsi in futuro se la loro condizione non migliora, ma serve anche come indicatore di come cambiano gli atteggiamenti nei confronti di questi individui con l'età. Inoltre, le etichette attualizzate attraverso il linguaggio nell'infanzia e nell'adolescenza favoriscono l'emarginazione e la stigmatizzazione, che possono essere estremamente pesanti per i giovani e approfondire la loro già fragile immagine di sé, influenzare la loro immagine corporea, aggravare e causare lo sviluppo di ulteriori problemi come i disturbi ossessivi compulsivi e d'ansia, la depressione o persino portare all'autolesionismo e infine al suicidio.

Riferimenti

- [1] Lešović, S., Smiljanić, J., Ševkušić, J. „Deset godina uspešnog rada multidisciplinarnog centra za prevenciju i lečenje gojaznosti kod dece i adolescenata", *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma, Zlatibor*, vol. 23, n. 69, 2018, 7-29.
- [2] Savić, N. et al. "Abitudini alimentari e atteggiamenti antigraasso tra gli adolescenti: L'esperienza della Serbia occidentale", *UUMSZTRS*, br. 8, 2021, 26-33.
- [3] Ćurčić, V. „Psihološki odnos prema telu i gojaznost adolescenata", *Medicinski glasnik*. 16, 39, 2011, 94-100.
- [4] Butor, P. M. "Alcuni punti di vista psicologici sull'obesità" in: Kiess W., Marcus C., Wabitsch M. (eds.) *Obesità nell'infanzia e nell'adolescenza*, Karger, 9, 2004, 124-136.
- [5] Jovanović, M. "Comportamenti e atteggiamenti sull'immagine corporea e sui disturbi alimentari tra le adolescenti di Kragujevac", *Ser J Exp Clin Res*, 16 (3), 2015, 235-239.
- [6] Tiosavljević, M., Đurović, D. „ Evaluacija fizičkog izgleda putem emocionalno obojenih reči kod muslimanki pokrivenog i nepokrivenog stila oblačenja", *psihološka istraživanja*, vol. XVIII (2), 2015, 181-195.
- [7] Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T., Đurović, D., „Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca", *Psihologijske teme*, 16, 2007, 27-46.
- [8] Szmukler, G. I., Patton, G. "Sociocultural models of eating disorders", in: Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*, New York, John Wiley & Sons, 1995, 197-220.
- [9] Tiggemann M. "Sociocultural perspectives on human appearance and body image", in: Cash TF, Smolak L. (Eds), *Body image: a handbook of science, practice and prevention*. 2a edizione, New York, Guilford, 2011. 12-20.
- [10] Sullivan, P. F. "Mortality in anorexia nervosa", *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, 1073-1074.

- [11] Ng M. et al. "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980 - 2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013", *Lancet*, 384(9945), 2014, 66-81.
- [12] Berger, D. „Zdravstvena psihologija“, Beograd, Društvo psihologa Srbije, 2002.
- [13] Swinburn B. G., Kumanyka S. "Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action", *Obesity Reviews*, 6, 2005, 23-33.
- [14] Švonja Parezanović, G, perić Prkosovački, B. „Uhranjenost i navike u ishrani mladih“, *PONS medicinski časopis*, 11 (2), 2014, 48-52.
- [15] Halupka-Rešetar, S., Radić Bojanić, B. "Animal names used in addressing people in Serbian", *Journal of Pragmatics*, 35 (12), 2003, 1891-1902.
- [16] Ristivojević Rajković, N. „Zoonimska metaforika o muškarcima i ženama“, *Philologia*, 6, 2008, 45-52.
- [17] Mulgrew, K. "Pregiudizio dell'attenzione e della memoria per l'immagine corporea e le informazioni relative alla salute utilizzando un compito di Stroop emozionale in un campione non clinico", Tesi per il conseguimento del titolo di Dottore in filosofia, Brisbane, Queensland University of Technology, 2008.
- [18] Cash, T. F., Smolak, L. "Capire le immagini del corpo: Prospettive storiche e contemporanee", in: Cash, T. F., Smolak, L. (a cura di), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, New York, Guilford Press, 2011, 3-11.
- [19] Grogan S. "Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children", 3a edizione, Londra, Taylor and Francis, 2016.
- [20] Grujić, M., Katić, K., Stojadinović, A. „Povezanost upotrebe društvenih mreža i slike o sopstvenom telu“, *Engrami*, Vol. 41, januar-jun, br. 1, 2019, 19-31.
- [21] Opačić, G. „Ličnost u socijalnom ogledalu“, Beograd: Institut za pedagoška istraživanja, 1995.
- [22] Mihajlović, A., Janjić, D. „, Slika o sebi i depresivnost gojaznih adolescenata“, *Godišnjak za psihologiju*, Vol. 10, n. 12, 2013, 69-88.
- [23] Kapor-Stanulović, N. „Na putu ka odraslosti - psihički razvoj i psihosocijalni aspekti zdravlja mladih“, Beograd: Zavod za udžbenike, 2007.
- [24] Leonardi, A. "L'importanza dell'immagine corporea per la salute psicologica di giovani uomini e donne: interventi di consulenza", *Hellenic Journal of Psychology*, 8, 2011, 309-337.
- [25] Lundgren, J.D., Anderson, D. A., Thompson, J.K. "Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders", *Eating Behaviors*, 5, 2004, 75-84.
- [26] Duišin, D. „Promenljivost u poimanju lepog i ružnog - implikacije za kliničku psihijatriju“, *Engrami*, Vol. 42, januar-jun, br. 1, 2020, 58-67.
- [27] Ambrosi-Randić, N. et al. „Poremećaj hranjenja i internet: analize sadržaja hrvatskih web stranica“, *Psihologijske teme*, 17, 1, 2008, 37-55.
- [28] Agras, W. S. et al. "Report of the National Institutes of Health Workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 35, 2004, 509-521.
- [29] Hoek, H. W. (2006). "Incidenza, prevalenza e mortalità dell'anoressia nervosa e di altri disturbi alimentari", *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 2006, 389-394.
- [30] Djurović, D. et al. „Evaluacija programa za prevenciju poremećaja ishrane kod adolescenata“, *Primenjena psihologija*, Vol. 9 (3), 2016, 243-260.
- [31] Kontić, O. et al. „Poremećaji ishrane“, *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 140, 2012, 673-678.
- [32] Milačić Vidojević, I., Čolić, M. Dragojević, N. „Stigmatizacija osoba sa poremećajima ishrane“, *beogradska defektološka škola*, Vol. 19 (2), br. 56, 2013, 299-312.

- [33] Fairburn, C. G. et al. "Fattori di rischio per l'anoressia nervosa: Tre confronti integrati caso-controllo", *Archives of General Psychiatry*, 56, 1999, 468-476.
- [34] Mladenović, M. „Percepcija telesnog izgleda i anorexia nervosa", *Sport - Nauka i praksa*, Vol. 8, No. 2, 2018, 16-32.

7. Vignette culturali e linguistiche sull'immagine corporea, l'obesità e i disturbi alimentari in sei paesi europei - Rapporto transnazionale C4H

Anișoara Pop

GE Palade Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia

Târgu Mureș, Romania

e-mail: anisoara.pop@umfst.ro

Abstract. *Questo articolo riassume le prospettive locali sull'obesità e sui disturbi alimentari come risultato di un'analisi basata sulle scienze umane nei Paesi che partecipano al progetto Erasmus+ Connected4Health, A Medical and Humanities-based Approach for Navigating Obesity and Eating Disorders in Young People (C4H), progetto n. 2021-1-RO01-KA220-HED-000032108.*

Per ampliare e arricchire la portata della comprensione dell'obesità e dei disturbi alimentari (DE) da una prospettiva umanistica, ma anche per meglio comprendere, trattare e comunicare con i giovani pazienti affetti da queste patologie, specialisti in linguistica, letteratura, comunicazione, terapie umanistiche e sociologia dei Paesi partner di C4H (Romania, Serbia, Lituania, Portogallo, Spagna e Repubblica Ceca) hanno esplorato gli atteggiamenti, le prospettive, le credenze, le aspettative, le sfide e le abitudini locali e della società, ma anche le aspettative, le sfide e le abitudini, e sociologia dei Paesi partner di C4H (Romania, Serbia, Lituania, Portogallo, Spagna e Repubblica Ceca) hanno esplorato gli atteggiamenti culturali e sociali locali, le prospettive, le credenze, le aspettative, le sfide e le abitudini, ma anche i pregiudizi e la stigmatizzazione legati alla grassezza e all'immagine corporea ideale, così come si riflettono nei rispettivi Paesi.

I partner della Facoltà di Medicina dell'Università di Belgrado, in **Serbia**, hanno proposto una vera e propria analisi linguistica dei termini utilizzati per descrivere i giovani rispetto agli adulti affetti da obesità e dai più comuni disturbi alimentari. Per evidenziare il tipo di stigma e le aspettative positive o negative, gli autori hanno condotto un'indagine sugli elementi linguistici utilizzati per descrivere ragazze/ragazzi rispetto a donne/uomini affetti da obesità e da disturbi alimentari. Utilizzando un questionario a risposta aperta distribuito attraverso i social media e in loco agli studenti di medicina di Belgrado, i ricercatori hanno effettuato un'analisi quantitativa (frequenza) e qualitativa (atteggiamento) di diverse categorie di termini utilizzati per riferirsi alle persone affette da obesità e da disturbi del comportamento alimentare in relazione a: peso, dimensioni, altre caratteristiche fisiche, caratteristiche sociali, caratteristiche intellettuali/mentali, termini legati alla dieta, zoonimi, ecc. Lo studio evidenzia come gli atteggiamenti verso le persone con obesità e disturbi alimentari siano espressi linguisticamente, distinguendo tra termini neutri, eufemismi/termini di affetto o invettive. L'analisi linguistica evidenzia che in Serbia esiste un pregiudizio negativo e che condizioni complesse come l'obesità e i disturbi alimentari vengono ottusamente ridotte al peso e all'aspetto, in particolare le persone affette da obesità vengono percepite come "trascuranti del proprio aspetto fino a essere considerate sciatte, mentre quelle affette da DE sono percepite come poco attraenti e fisicamente deboli". Come sottolineano gli autori del rapporto, i termini che descrivono le caratteristiche mentali e intellettuali di queste persone sono chiaramente misogini e omofobi.

Il capitolo intitolato *Immagine corporea e vergogna in Romania* esamina la percezione della grassezza e della magrezza e si concentra sulla vergogna e sull'immagine di sé, sottolineando le caratteristiche specifiche riscontrate in Romania, anche se, a causa dell'uso

diffuso dei social media e della loro intrinseca possibilità di (auto)oggettivazione, "la vergogna ha perso, in misura considerevole, le sue specificità regionali o nazionali". La possibilità di (auto)oggettivazione, sullo sfondo delle immagini altamente idealizzate del corpo umano che infondono i social media e che, come sostiene l'autrice, hanno raggiunto livelli senza precedenti, facilita un discorso continuo di autocritica, insoddisfazione, body shaming, ansia sociale e da apparenza, oltre ad altre emozioni negative. La vergogna diventa una leva di controllo da parte della società che intende trasformare i corpi secondo gli standard e allo stesso tempo da parte dell'individuo il cui obiettivo è controllare ciò che viene visto dagli altri (*gestione dell'impressione*). La pletera di raccomandazioni dietetiche da parte dei professionisti del controllo del peso, la cornucopia di diete che privilegiano la forma del corpo rispetto ai problemi di salute, ma anche il senso di non riuscire a conformarsi all'ideale sono responsabili della "percezione del corpo come un peso" e quindi del senso di fallimento, di rifiuto e di vergogna, persino del senso di colpa e di autocolpevolizzazione nei pazienti affetti da ED.

Se in passato, ha ricordato ancora l'autore, la grassezza era spesso associata in tutto il mondo a un senso di benessere, questa convinzione è continuata in Romania fino alla fine degli anni Ottanta e alla fine del comunismo. La dieta tradizionale rumena, che si basa molto sui carboidrati e sui pasti, consumati soprattutto in occasione delle principali festività religiose, insieme alla proliferazione più aggressiva delle catene di fast food e alla pubblicità del cibo spazzatura, hanno fatto sì che la perdita di peso diventasse una preoccupazione costante per i rumeni, anche se molto più tardi rispetto ad altri Paesi. Dal punto di vista religioso, il grasso è associato alla golosità e alle tendenze materialiste e questo rende il digiuno una pratica comune per molti rumeni, soprattutto in occasione delle principali festività religiose, ma può anche essere incluso nei regimi dietetici per la perdita di peso. Gli studi rumeni sull'immagine corporea sono scarsi e nella narrativa rumena sono quasi del tutto assenti i personaggi grassi. I pregiudizi sul peso sono comuni anche tra gli adolescenti, i bambini e gli adolescenti rumeni in sovrappeso devono affrontare l'allarmante e rapida proliferazione del bullismo.

In termini di snellezza, l'autore ha analizzato l'industria del giocattolo e della moda per dimostrare come la società dei consumi influenzi e contribuisca alla formazione della forma del corpo ideale. L'indagine ha inoltre approfondito il ruolo che le diverse forme del corpo umano, dalle graziose ballerine ai lottatori di sumo e ai sollevatori di pesi, svolgono nello sport. Uno studio interculturale sottolinea che "*le giovani donne rumene magre appaiono come la norma rispetto a quelle di peso normale*". Sempre più blog di giovani donne anoressiche rumene iniziano a dare voce nello spazio pubblico alle prove che hanno affrontato e alle loro conseguenze traumatiche a lungo termine. Un caso di studio di famose ginnaste rumene che hanno fatto carriera internazionale nello sport durante il regime comunista mostra i digiuni imposti, persino la fame e le sessioni di allenamento strazianti per farle rientrare negli standard di magrezza. Per quanto riguarda la carta stampata, i tabloid rumeni sfruttano le immagini del corpo ideale per vendere prodotti dimagranti e integratori alimentari, nonché vacanze esotiche e coperture assicurative. Casi di perdita di peso, cure dimagranti e chirurgia bariatrica o estetica di presentatori televisivi rumeni completano il quadro locale come scorciatoie rapide per ottenere un corpo ideale invece di cambiamenti di stile di vita a lungo termine verso un corpo sano.

Gli autori del rapporto **portoghese** sottolineano che la percezione dell'immagine corporea negli adolescenti è soggettiva e caratterizzata da comportamenti dirompenti ed estremi e dal malcontento. Questa percezione è influenzata da diversi fattori, tra cui la coesistenza di convinzioni tradizionali e postmoderne (movimento pro-anoressia), la fissazione esacerbata dell'immagine corporea, gli innumerevoli modelli alimentari, la pubblicità malsana, i messaggi dei modelli e la pressione dei social media. Esistono anche pregiudizi e discriminazioni sul peso, nonché oggettivazione del corpo e bullismo, che sono più frequenti nelle donne. Per capire come l'immagine corporea viene attualmente rappresentata in Portogallo, gli autori del rapporto hanno effettuato un'analisi quantitativa e qualitativa dei discorsi contenuti nelle

copertine delle riviste stampate locali nel segmento donna/moda. Su un totale di 159 numeri analizzati, il 29% includeva messaggi relativi alla cultura della bellezza e alla forma del corpo, mentre circa il 9,4% assisteva la cultura della magrezza; alcuni dei messaggi sottolineavano il body shaming, implicando la necessità di cambiare e perdere peso per raggiungere il corpo ideale. Inoltre, il 13,8% ha trasmesso messaggi positivi di alimentazione sana, mentre altri includono messaggi di positività corporea e pubblicità di donne reali. Questi messaggi hanno un ruolo sempre più importante nel sensibilizzare il pubblico portoghese sullo stigma che circonda l'obesità e i disturbi alimentari e nel creare luoghi di accettazione sociale, intervento e cambiamento nel discorso pubblico.

Il capitolo *Tendenze e prospettive sull'immagine corporea in Lituania* dimostra che, sebbene prevalgano determinati standard di aspetto corporeo, la loro mancata osservanza può avere un impatto negativo sulla salute fisica e mentale di una persona e sulla sua vita sociale. Ci viene offerta una prospettiva storica sull'immagine corporea in Lituania che risale agli anni '20 e all'inizio del discorso sulla bellezza, che proclama la conformità dell'aspetto a certi standard moderni o a modelli di origine straniera (Francia, Stati Uniti). Questo periodo è stato giustamente definito il "rinascimento della fisicità", in quanto il corpo è diventato un oggetto di ammirazione e di costruzione. Gli autori sottolineano che, se la coscienza del corpo oggettivato è comune nella società lituana moderna, sono i media a creare le condizioni e a diffondere le pressioni sociali per conformarsi agli standard e alle aspettative.

Allo stesso modo, l'indagine degli studi umanistici lituani sottolinea che i media, la famiglia, la pressione dei pari e il bullismo sono responsabili dell'insoddisfazione corporea nei giovani con disturbi alimentari. Nonostante l'isolamento e la limitazione del movimento fisico, e di conseguenza l'aumento delle condizioni di sovrappeso, raramente le persone si sono presentate dal medico per l'obesità, in quanto non era considerata un problema rilevante, né tanto meno una condizione. Purtroppo, come dimostra un esperimento sociale condotto in una palestra, l'obesità è ancora associata allo stigma: le ragazze in sovrappeso vengono valutate meno attraenti di quelle magre e quindi assegnate ai punteggi più bassi. A livello linguistico, lo stigma si traduce e si perpetua attraverso la differenza tra *sono obeso* (e quindi ne sono responsabile) e *soffro di obesità*, cioè questa può essere controllata. Se la proliferazione sui mass media di immagini di persone affette da obesità, decapitate o ridotte alla pancia, è disumanizzante e di cattivo gusto, altrettanto distorta sembra essere la casistica di famosi influencer lituani che promuovono lo sport e uno stile di vita sano attraverso la perdita di peso. Per creare una cultura meno ostile al corpo e più orientata alla salute, concludono gli autori, la Lituania deve continuare a concentrare i suoi messaggi pubblici meno sul peso e più su uno stile di vita sano per tutte le età. Un caso di studio sulle ragazze lituane plus-size, in cui la taglia plus era di fatto equiparata alla taglia normale, ha inoltre evidenziato quanto sia difficile per una giovane donna sfuggire all'"immagine corporea ideale" promossa dai media e come le idee sbagliate sul proprio peso persistano già in giovane età. In contrasto con ciò, progetti fotografici lituani standardizzati come "Beauty Has No Weight", che hanno utilizzato modelle plus-size per le sfilate di moda, dimostrano che le tendenze globali, secondo le quali il concetto di bellezza sta diventando più flessibile e comprensivo, penetrano leggermente anche nel discorso pubblico lituano.

Il rapporto dei ricercatori dell'Università Autonoma di Madrid, in **Spagna**, esamina la connessione inversa tra dieta mediterranea (MD) e disturbi alimentari attraverso la lente metaforica del Giano bifronte, simbolo del dualismo e della trasformazione corporea ed emotiva. Partendo dalla premessa che le emozioni giocano un ruolo chiave nei DE e che i pazienti affetti da DE hanno difficoltà a differenziarle ed esprimerle (alessitimia), gli autori presentano diversi casi di DE con immagine corporea distorta, ma anche forme di espressione artistica tra cui arte, musica, poesia, danza e movimento come terapie specifiche applicate in due unità sanitarie spagnole. In particolare, la pittura con le dita, la musicoterapia e la danza sono viste come possibilità di riconnettersi con se stessi e con gli altri, di esplorare e comunicare

i sentimenti, di concentrarsi sulle azioni piuttosto che sul corpo e quindi di creare una sensazione di benessere generale, che è essenziale nel complicato processo di recupero dalle ED, come dimostrano gli estratti dei diari riflessivi dei pazienti nel rapporto spagnolo.

La prevalenza dell'obesità è aumentata significativamente negli ultimi anni in **Repubblica Ceca**, essendo più alta negli uomini che nelle donne. Se nel 2014 la Repubblica Ceca era al 7° posto nella gerarchia dei Paesi europei in termini di obesità, nel 2019 ha raggiunto il terzo posto con il 60% delle persone di età superiore ai 18 anni affette da obesità, con statistiche che variano in base al livello di attività fisica, alla dieta, all'istruzione (obesità più elevata nelle donne con solo un'istruzione di base) e al background socio-economico. L'aumento più allarmante si registra tra i bambini, una tendenza accelerata dalla pandemia di Covid 19 e dalla mancanza di esercizio fisico. Poiché qualsiasi tentativo di spiegare questi fenomeni può essere semplicistico, il rapporto mette in discussione diversi fattori stimolanti, come ad esempio la crescita economica, i cambiamenti nello stile di vita o il sedentarismo.

I dati sui disturbi alimentari sono più difficili da identificare, poiché i disturbi sono codificati come malattie, a differenza dell'obesità. In particolare, il numero di adolescenti e giovani donne affette da DE è aumentato in modo significativo, con circa il 15% nel 2020 rispetto al 2010; le cause di questo aumento sono l'isolamento sociale, la mancanza di movimento, il tempo trascorso sui social network e l'esposizione a modelli idealizzati.

Il culto della bellezza fisica presente nella Repubblica Ceca come negli altri Paesi oggetto del presente rapporto, soprattutto tra i giovani, è associato alla magrezza per le donne e al corpo muscoloso per gli uomini. Le deviazioni da questo ideale dovute al sovrappeso o all'obesità sono stigmatizzate, e la bellezza fisica sembra avere il primato sulle scelte di carriera e sulle amicizie. La forma del corpo diventa quindi sinonimo di identità, il cui mancato rispetto porta spesso all'insorgenza o al peggioramento della DE.

L'indagine sottolinea le influenze sia positive che negative della tecnologia e dei social media (blog e gruppi online) sui giovani affetti da obesità e DE nella Repubblica Ceca: l'apertura data dall'anonimato, il supporto e i consigli in termini di prevenzione, la terapia online e la diffusione di metodi di recupero, rispetto alla probabilità di diffondere comportamenti dirompenti e immagini mediatiche irrealistiche di celebrità, rispettivamente.

Cercando di rispondere alla domanda su quale tipo di media abbia la maggiore influenza sui giovani, l'indagine sottolinea che i blog personali (profili personali) e i gruppi motivazionali influenzano lo stile di vita, la percezione del corpo e gli ideali di bellezza degli adolescenti, indipendentemente dal fatto che gli utenti soffrano o meno di DE. I giovani sono consapevoli di queste influenze, senza essere necessariamente certi che siano positive (mangiare più sano) o negative (insoddisfazione, vergogna del proprio corpo, senso di colpa).

I dibattiti pionieristici sul body-shaming e sulla body-positivity nelle donne attraverso i podcast radiofonici sono all'avanguardia e si distinguono tra i Paesi partner, in quanto il loro scopo non è né condonare né promuovere il peso eccessivo, ma sensibilizzare l'opinione pubblica sul fatto che vergognarsi di esso non è l'atteggiamento giusto. Un esempio tratto da un recente testo in prosa ceco cattura la complessa lotta contro l'anoressia nervosa, in cui l'autrice cerca di distruggere il mito semplificato della perdita di peso per bellezza, piuttosto come risultato della lotta contro problemi personali, relazioni familiari e con il partner e traumi.

Altrettanto innovativa per il presente rapporto, la Repubblica Ceca sembra essere all'avanguardia nei dibattiti sul problema dei disturbi alimentari negli uomini, affrontando pubblicamente la questione dell'immagine corporea maschile in un'altra serie di podcast radiofonici, anche se le reazioni dell'opinione pubblica sono state più contenute nel loro caso. Si presume che, a quanto pare, il problema dell'immagine corporea e dei disturbi alimentari rimanga più frequentemente associato alle donne che agli uomini nella comunicazione tradizionale, i quali si sentono meno disposti e a proprio agio a parlare della loro intimità. Anche la società è meno pronta ad accettare e a discutere di questi temi.

La conclusione è che il body shaming (fat shaming) come tipo di pregiudizio e discriminazione persiste in tutte le fasce d'età ceche e in vari ambienti, dalla famiglia alla cerchia di amici, ai social network. Dato che i media cartacei non hanno una visione approfondita e non raggiungono i gruppi target vulnerabili, e che i tabloid tendono a perpetuare la cultura artificiale della magrezza e della bellezza e, di conseguenza, il body shaming, la sfera digitale (discussioni su Internet, podcast) può aprire nuove strade per la comunicazione su DE, immagine corporea e body shaming.

In conclusione, come ipotizzato e dimostrato da questi studi umanistici, l'obesità, aggravata dalle restrizioni di Covid-19 e perpetuata da immagini corporee ideali nei mass media e nei social media, è stigmatizzata e associata ad attributi negativi in tutti i Paesi europei analizzati. Sebbene siano meno presenti nel discorso pubblico, i disturbi alimentari, facilitati tra l'altro da aspettative irrealistiche e dall'oggettivazione del corpo nei social media, sono in aumento tra gli adolescenti dei Paesi partner e la loro gestione si presta principalmente a un approccio umanistico che mira alla comunicazione e al benessere generale. Poiché si prevede che un numero sempre maggiore di giovani continuerà a soffrire di problemi di peso e disturbi alimentari nel prossimo futuro, campagne di educazione e sensibilizzazione come quelle promosse dal progetto Connected4Health e la presente pubblicazione sono utili per contribuire ad affrontare questo tipo di pandemia.

**Area III - CAPITOLO MANGIARE SANO PER I GIOVANI CON
OBESITÀ E DISORDINI ALIMENTARI**

1. Alimentazione sana per i giovani con obesità e DE - Rapporto locale Repubblica Ceca

Lukas Merz¹, Hana Stritecka²

¹Università Palacký di Olomouc, Repubblica Ceca

²Università della Difesa, Hradec Králové, Repubblica Ceca

Abstract: *L'articolo fornisce informazioni sulla prevalenza del sovrappeso/obesità tra la popolazione ceca, soprattutto tra i bambini. Vengono esaminate le linee guida e gli standard nazionali per un'alimentazione sana e vengono elencate alcune delle iniziative nazionali e locali più note che promuovono una dieta sana e il controllo e il rilevamento del peso. È presente una panoramica delle iniziative che aiutano a individuare i disturbi da DE e a mettere in contatto i clienti con un aiuto professionale.*

1.1 Prevalenza di eccesso di peso

Fino al 2001, la Repubblica Ceca è stata al primo posto nel mondo per quanto riguarda gli studi di riferimento regolari sulla crescita a livello nazionale - la Ricerca Antropologica Nazionale dei Bambini e dei Giovani (CAV), che si è svolta nel 1951 in cicli di 10 anni che soddisfano le condizioni di un campione rappresentativo. La complessità e la continuità metodologica di queste ricerche hanno permesso di valutare le tendenze di sviluppo della prevalenza dell'obesità nei bambini cechi su un orizzonte temporale di 50 anni. Purtroppo, l'ultimo sesto CAV si è svolto nel 2001. I dati sono obsoleti per essere presentati qui nella loro complessità, possiamo solo dire che gli autori sono giunti alla conclusione che la situazione del numero di bambini sovrappeso/obesi non era così allarmante come in altri Paesi, ma la tendenza all'aumento era già evidente. Hanno inoltre riassunto che la soglia per l'obesità si trova al livello di riferimento raccomandato a livello internazionale, con dati di IMC più elevati rispetto ai dati di riferimento per la popolazione ceca di bambini e adolescenti. Da allora, diversi autori hanno presentato informazioni sul sovrappeso e l'obesità nei bambini e negli adolescenti cechi.

Nella Repubblica Ceca, per valutare lo sviluppo fisico di bambini e adolescenti si utilizzano ora i grafici del 5th e del 6th CAV. Il motivo è la crescente prevalenza del sovrappeso nella popolazione di bambini e adolescenti. Aggiornare questi grafici significherebbe spostare i valori critici per la determinazione del sovrappeso e dell'obesità verso valori più alti, il che non sarebbe auspicabile.

Nella classificazione ceca, i percentili di IMC 90-96,9 sono considerati sovrappeso, mentre l'IMC superiore o uguale al 97th percentile è considerato obeso. Tuttavia, questi limiti non sono fissi e non si applicano a tutti gli individui. Kunešová e colleghi (2010) considerano preoccupante per i bambini cechi l'intervallo di IMC compreso tra l'85th e il 95th percentile. [1] Per questo motivo, raccomandano ai medici di prestare attenzione in termini di avvio della prevenzione e dell'intervento precoce per i bambini con un valore di IMC pari all'85° percentile. Raccomandano di considerare un IMC $\geq 95^\circ$ percentile come limite dell'obesità infantile. Tuttavia, questa definizione è condizionata dal fatto che il tasso di crescita dei bambini non sia rallentato o sproporzionato a causa di presupposti familiari, del decorso della pubertà, ecc.

Non esistono criteri riconosciuti a livello mondiale per il sovrappeso e l'obesità nei bambini e negli adolescenti. Se confrontiamo, ad esempio, le tabelle per la determinazione dei

valori di IMC dei bambini in Gran Bretagna (Cole et al., 2000) e nella Repubblica Ceca, scopriamo che la popolazione di bambini e adolescenti cechi è valutata in modo più moderato rispetto a quella britannica. [2]

La classificazione dell'International Obesity Task Force (IOTF) è spesso utilizzata per il confronto internazionale. Secondo la classificazione IOTF, il sovrappeso è definito come un percentile di IMC compreso nell'intervallo 85-94,9, mentre l'obesità come un percentile di IMC uguale o superiore a 95. Questa classificazione è stata basata sui cut-off accettati dagli adulti e, utilizzando procedure statistiche e diagrammi percentili di sei paesi trasversali, è stata utilizzata per il confronto internazionale. Questa classificazione si basa sui cut-off dell'IMC degli adulti e, utilizzando procedure statistiche e diagrammi dei percentili di sei studi nazionali trasversali, sono stati proposti valori appropriati per ogni età e sesso. I criteri dell'IOTF non sono universalmente accettati, molti esperti sono propensi a ritenere che le misurazioni debbano basarsi sugli standard nazionali (5th e 6th CAV nel caso della Repubblica Ceca).

Nei confronti internazionali, possiamo anche utilizzare la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2014), la cui nuova versione è stata creata sulla base della raccolta di dati sullo sviluppo dei bambini di diversi gruppi etnici e culturali. Il sovrappeso è definito da SD BMI +1 e l'obesità + 2 SD BMI per il rispettivo sesso ed età, il sottopeso è considerato SD BMI ≤ - 2, e il grave sottopeso è SD BMI ≤ - 3.

Purtroppo, gli studi attuali non si sono sempre basati su un campione rappresentativo di file, ma solo su studi parziali limitati a livello regionale, senza tenere conto degli aspetti demografici. Inoltre, con un basso numero di individui monitorati, ecc. Un altro problema è la metodologia incoerente delle misurazioni antropometriche per determinare il sovrappeso/l'obesità, l'uso di tabelle di riferimento: siano esse ceche basate sul CAV o internazionali dell'OMS (WHO Child Growth Standards) o dell'IOTF (International Obesity Task Force) o solo dati completamente auto-riferiti. Ad eccezione dei dati autodichiarati, la maggior parte di quanto sopra porta a una sovrastima dell'incidenza di sovrappeso e obesità nella nostra popolazione infantile. Le conclusioni dei vari "sondaggi di agenzia", purtroppo alcuni finanziati, ad esempio, dalla Compagnia Generale di Assicurazione Sanitaria (sondaggi dell'agenzia STEM/MARK) sono completamente fuori linea con la realtà e portano dati di pura disinformazione.

Una ricerca più estesa con la metodologia CAV, almeno in alcune categorie di età, è stata condotta nel 2006. [L'esame è stato condotto nelle categorie di età di 5, 13 e 18 anni su un totale di 7427 bambini (3780 maschi e 3647 femmine). I dati di questo studio hanno mostrato una diminuzione della prevalenza sia del sovrappeso che dell'obesità rispetto al CAV 2001 in entrambi i sessi, come si può vedere nella Tabella 1.

Tabella 1: prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini cechi nel 2006

Età	Ragazzi			Ragazze		
	no	sovrappeso (%)	obesi (%)	no	sovrappeso (%)	obesi (%)
5 anni	1112	2.0	3.0	980	1.0	4.3
13 anni	1360	2.2	5.4	1351	3.0	5.9
18 anni	1308	0.9	3.0	1316	1.2	3.0

Solo i bambini di 7 anni sono stati misurati nel 2009-2010. Qui si è osservato che tra le bambine c'è stata una diminuzione significativa della prevalenza del sovrappeso rispetto ai valori corrispondenti al 1991, mentre nei bambini la diminuzione è stata meno pronunciata e statisticamente non significativa. Le differenze specifiche rispetto ai valori del 2001 mostrano una diminuzione del sovrappeso del 3,3% nei ragazzi e del 3,4% nelle ragazze, dell'obesità una diminuzione nelle ragazze del 2,1%, nei ragazzi un leggero aumento dell'1,7%. La suddetta

sovrastima è già visibile nella Tabella 2 quando si utilizzano valori standardizzati piuttosto che quelli relativi alla sola popolazione ceca. [4] Le ragazze ceche in generale stanno meglio anche rispetto ai loro coetanei dei Paesi europei e d'oltreoceano. I dati disponibili del 2014 dicono che nella Repubblica Ceca ci sono meno ragazze che lottano con il peso in eccesso rispetto al resto del mondo. I ragazzi sono sopra la media, ma non raggiungono i valori critici dei ragazzi di Malta, Grecia o Canada, dove uno su tre è in sovrappeso o obeso. Danimarca, Paesi Bassi e Norvegia sono tra i Paesi meno colpiti da problemi di sovrappeso.

Tabella 2: Prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini cechi di età compresa tra 6,5 e 7,5 anni nel 2008, valutata sulla base di diversi dati di riferimento (secondo Kunešová et al., 2011)

Standard di crescita	Ragazzi		Ragazze	
	sovrappeso (%)	obesi (%)	sovrappeso (%)	obesi (%)
Repubblica Ceca	14.8	7.2	11.1	5.0
IOTF *)	15.8	4.4	14.1	3.3
OMS **)	23.5	10.0	19.5	4.8

**) Task Force internazionale sull'obesità (Cole et al., 2000)*

****) Organizzazione Mondiale della Sanità (Standard di crescita infantile dell'OMS)*

Per quanto riguarda gli adulti, i dati provengono dall'Indagine europea sulla salute (EHIS) condotta nel 2018-2020 che ha incluso persone di età superiore ai 15 anni. Il 18,5% dei cechi soffre di obesità, ovvero il 20% degli uomini e il 18% delle donne dell'intera popolazione. Il 47% degli uomini e il 33% delle donne sono leggermente in sovrappeso. Il valore medio dell'IMC (indice di massa corporea) degli abitanti della Repubblica Ceca ha raggiunto 25,2, appena al di sopra del limite superiore del peso normale. Questo valore è simile a quello della Slovenia, ad esempio, ma il tasso di obesità è più alto, sia tra le donne che tra gli uomini.

Osservando più da vicino la distribuzione per età, secondo i risultati dell'indagine nella Repubblica Ceca, la proporzione di persone in sovrappeso, cioè preobese (IMC 25-29,9) e obesa (IMC 30 e oltre), è leggermente aumentata rispetto al 2014 (vedi Figura 1). [5] È aumentato maggiormente nelle persone con preobesità, che nel 2019 erano quasi il 40%. La rappresentanza degli obesi era vicina al 20% della popolazione totale. Gli uomini avevano una probabilità significativamente maggiore di essere in sovrappeso rispetto alle donne. Quasi sette uomini su dieci erano in sovrappeso, mentre tra le donne era "solo" uno su due. Va aggiunto che questi dati su altezza e peso sono stati autodichiarati, quindi possono essere sottostimati. Purtroppo, i dati dell'indagine sulla salute non riflettono più i cambiamenti legati alla situazione pandemica. Le misure governative contro la diffusione del covid19 hanno modificato notevolmente lo stile di vita della popolazione (ad esempio, il passaggio al lavoro da casa, la chiusura dei campi sportivi e il notevole ricorso ai servizi di consegna). Pertanto, si può prevedere che la percentuale di persone in sovrappeso sarà ancora più elevata dopo l'attenuazione della pandemia.

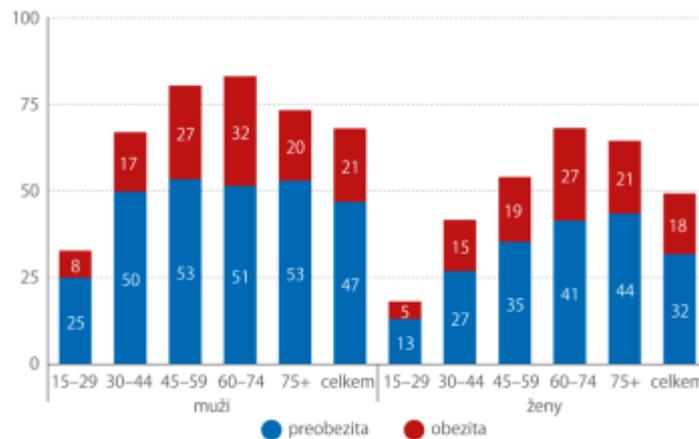


Fig. 1 Quota di persone con obesità e preobesità nella Repubblica Ceca (% nel 2019)

Nel contesto europeo, nel 2014 la Repubblica Ceca si è classificata al 6th posto tra i paesi europei con il 18,8% di popolazione obesa. [6] Nelle statistiche del 2019, la quota di popolazione in sovrappeso (IMC superiore a 25) ha raggiunto il 60% della popolazione ceca nella fascia di età superiore ai 18 anni e il Paese si è classificato al 3rd posto tra gli altri Paesi europei.[7] Ciò significa che sei persone su dieci sono in sovrappeso e una su cinque soffre di un certo grado di obesità (IMC > 30).

Le statistiche disponibili mostrano un aumento generale dell'obesità infantile. Mentre nel 1991 il 7% dei bambini cechi era in sovrappeso e il 3% era considerato obeso, nel 2001 i bambini in sovrappeso erano il 9% e quelli obesi il 6%. Ciò significa che il numero è raddoppiato in un decennio. [8] Se si considerano alcuni dati più recenti del 2014, si nota che dal 1991 il numero di persone in sovrappeso nella Repubblica Ceca è raddoppiato nell'intero spettro della popolazione. Si dimostra che il numero di bambini obesi è raddoppiato nella popolazione infantile ceca. Un bambino su quattro era in sovrappeso durante l'infanzia e un bambino su sette era obeso. [9] Ci sono prove sufficienti che l'età in cui si sviluppa l'obesità gioca un ruolo fondamentale. Un IMC più elevato all'età dell'adolescenza è fortemente legato allo sviluppo di problemi di salute legati all'obesità in età più avanzata. Un IMC più elevato nella prima età adulta (25-40 anni) comporta un rischio maggiore di complicazioni rispetto a un IMC più elevato in età più avanzata. In altre parole, più precocemente si sviluppa l'obesità, maggiore è il rischio e la gravità delle complicazioni che ne derivano.

La tendenza ventennale del numero di bambini in sovrappeso, verificata statisticamente con il test di tendenza di Armitage, è aumentata significativamente sia nelle bambine che nei bambini. Fanno eccezione i bambini di cinque anni, con una prevalenza stabile di sovrappeso/obesità negli ultimi vent'anni, che tra il 2011 e il 2016 è addirittura diminuita. Le tendenze variano leggermente tra le altre fasce d'età e gli anni, ma la tendenza generale all'aumento è chiara. Tra gli adolescenti (17 anni), la presenza di sovrappeso/obesità è stata monitorata poco dal 2001, ma tra il 2006 e il 2011 si è osservato un aumento significativo [10]. Altri studi confermano i numeri preoccupanti [11] e la conclusione è che la tendenza all'aumento degli ultimi anni tra i bambini è stata accelerata da chiusure covili, mancanza di sport e abitudini alimentari inappropriate. La Tabella 3 mostra la tendenza nei bambini (fino a 18 anni), la cui percentuale è riferita all'intera popolazione. [12]

Tabella 3 Andamento della quota di bambini in sovrappeso/obesi da n. = 4386

Anno	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021
Sovrappeso	7.0%	5.3%	5.8%	7.2%	7.8%	7.5%	9.6%
Obeso	3.0%	5.5%	7.4%	7.8%	10.2%	10.3%	16.4%

La Repubblica Ceca è anche coinvolta nella raccolta dati internazionale dello studio HBSC - Health Behaviour in School-aged Children (il numero dei parametri monitorati e dei Paesi partecipanti cambia nel tempo). [Lo studio è incentrato sulla ricerca della salute e dello stile di vita di bambini e adolescenti. Il progetto si svolge a intervalli di 4 anni sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è attualmente attuato contemporaneamente in 51 Paesi del mondo. La Repubblica Ceca vi partecipa dal 1994.

Lo studio HBSC si concentra sul monitoraggio della salute e dello stile di vita degli studenti di 11, 13 e 15 anni. La raccolta a lungo termine è sostenuta dal Ministero dell'Istruzione, della Gioventù e dello Sport della Repubblica Ceca, dal Ministero della Salute della Repubblica Ceca e dall'UNICEF della Repubblica Ceca. I dati della ricerca includono anche argomenti rilevanti per l'atteggiamento e lo sviluppo di sovrappeso e obesità: attività fisica e stile di vita sedentario, abitudini alimentari e autovalutazione della propria figura (immagine corporea). Purtroppo, i dati necessari per determinare il sovrappeso e l'obesità sono solo autodichiarati, ma si possono osservare tendenze minime (no = 13000+).

Secondo gli ultimi dati del 2018, il 15% è in sovrappeso e il 6% degli adolescenti è obeso. I problemi di sovrappeso sono più comuni nei ragazzi, sia nel caso di sovrappeso che di obesità. Il numero di ragazzi obesi è in aumento. Un aumento significativo del numero rispetto ai dati del 2014 riguarda la categoria di età dei quindicenni. Registriamo anche un aumento significativo del numero di ragazze in sovrappeso di 13 e 15 anni. Anche in questo caso si conferma l'importanza dello status socioeconomico. La prevalenza dell'obesità è fino a 3 volte superiore nei bambini provenienti da famiglie con reddito e livello di istruzione più bassi.

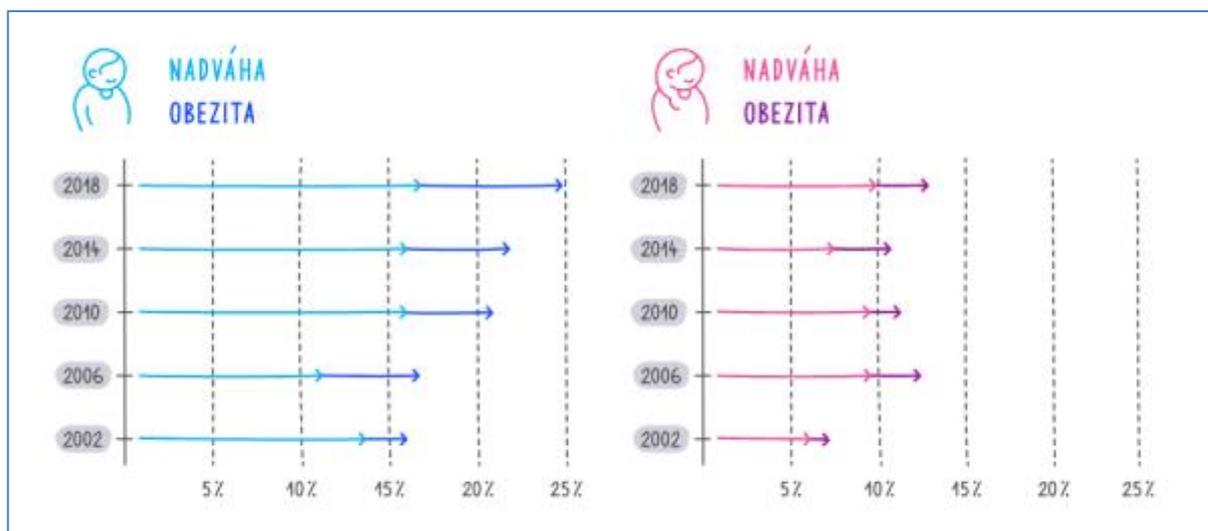


Fig. 2 Dati autodichiarati del progetto HBSC nella Repubblica Ceca

Purtroppo, le domande sull'immagine corporea o sulla percezione del proprio peso da parte dei bambini dimostrano che il sovrappeso non è più un elemento stigmatizzante come in passato e la popolazione inizia a considerare il sovrappeso come una norma normale. In effetti, il 29% delle ragazze in sovrappeso o obese del gruppo non accetta questo fatto. Per i ragazzi in sovrappeso, la percentuale è addirittura del 41%. D'altra parte, un numero significativamente maggiore di ragazze (28%) rispetto ai ragazzi (23%) considera la propria figura grassa. Una valutazione negativa del proprio peso compare più spesso tra le ragazze di 13 e 15 anni, dove è quasi una su tre (31%). Nell'intero campione, un quinto delle ragazze con un peso normale si considera grasso. Tra i ragazzi con un peso normale, meno di un decimo si vede in questo modo.

1.2 Prevalenza di ED

I dati sui disturbi alimentari sono più difficili da reperire. A differenza delle registrazioni antropometriche o dei dati autodichiarati nelle indagini, i disturbi alimentari sono registrati con codici diagnostici (F50.0-F50.9) e rientrano nella categoria delle malattie della salute. In quanto tali, sono considerati riservati e i dati possono essere ottenuti solo attraverso le statistiche rese disponibili dall'Istituto di informazione e statistica sanitaria della Repubblica Ceca. Dagli output che gli autori hanno potuto reperire, sappiamo che nel 2017 ci sono stati 3.731 pazienti ambulatoriali trattati con ED e 454 sono stati ricoverati in reparti psichiatrici.

Nel 2020, un totale di 5.167 persone sono state trattate per ED in ambulatorio e ci sono stati 606 ricoveri. [14] L'aumento decennale del numero di casi è di circa il 15%. Il numero di pazienti è aumentato maggiormente tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni. Nel 2020, ne sono stati trattati 1.093, ovvero ben l'89% in più rispetto al 2010. La maggior parte dei pazienti, l'87%, erano donne e ragazze. L'alta mortalità supera il 10%. I pazienti muoiono a un'età media di 25 anni. La mortalità è doppia rispetto ad altre diagnosi psichiatriche e dieci volte superiore a quella della popolazione generale. Il rischio di suicidio aumenta fino a 200 volte. Le ONG e le altre iniziative che si occupano di ED e che forniscono supporto e consulenza non medica rendono noti i loro rapporti annuali, ma la metodologia non è chiara e il valore delle informazioni è solo molto approssimativo. *Anabell*, un centro ONG registrato per il sostegno alle persone affette da DE e alle loro famiglie, riporta i seguenti dati per gli ultimi quattro anni (Tabella 4) [15] La tendenza all'aumento è evidente, ma ciò può essere spiegato non dall'aumento del numero di persone che cercano aiuto per la DE, ma anche dalla crescente reputazione di Anabell e dalla sua più ampia portata.

Tabella 4 *Anabell*, un centro ONG registrato per il sostegno alle persone affette da DE negli ultimi quattro anni

Anno	2018	2019	2020	2021
Clienti	994	1584	1545	3085
Chiamate di assistenza	475	567	431	781
Interventi	11121	17195	-	17609

1.3 Linee guida e standard

Nell'ambito del problema dell'obesità, dal 2020 è possibile utilizzare il codice per il monitoraggio e la terapia dell'obesità infantile nell'ambito delle visite regolari ai medici di base per bambini e adolescenti (PLDD). Secondo le informazioni fornite dalla camera dei medici di base per bambini e adolescenti e dalla direzione della Compagnia di Assicurazione Generale (VZP), questo codice è regolarmente utilizzato da oltre il 25% dei medici (cioè più di 500). Quest'anno mancano ancora i dati della VZP. La terapia dell'obesità infantile si applica in modo simile ad altre diagnosi e deve essere trattata secondo le regole chiaramente definite dalla società professionale di riferimento. Nel 2021, la Società Obesitologica Ceca - Sezione di Obesitologia Pediatrica ha aggiornato le raccomandazioni per la terapia dell'obesità infantile valide fino a quel momento sul sito web dell'IPVZ [16].

In collaborazione con la Society of Paediatric Practitioners e la Society for Nutrition, sono stati pubblicati materiali educativi a disposizione dei genitori negli ambulatori PLDD.

PREVENCE DĚTSKÉ OBEZITY





NADVÁHA

nebo OBEZITA v dětství způsobuje problémy nejen v tomto období, ale při dospělosti se mohou zhoršit i v pozdějším věku. Kromě fyzických problémů má také děti často nižší sebevědomí, méně přátel, problémy s chůzí, došlo také ke snížení životní délky a celkové kvality života. Pokud je však konzumováno hodně nezdravé stravy, může to vést k obezitě a dalším zdravotním problémům.

Mám si dělat starosti?

Některé děti jsou přirozeně hubičky a jiné mají větší tendenci ke zvýšenému příjmu potravy. Pokud je však konzumováno hodně nezdravé stravy, může to vést k obezitě a dalším zdravotním problémům. Na tomto listku najdete základní rady a doporučení.

Co mohu udělat?

Jedním z možných způsobů, jak snížit riziko obezity, je zdravá strava. Zdravá strava znamená, že dítě konzumuje dostatek zeleniny a ovoce, má dostatek pohybu a spí dostatek. Pokud je však konzumováno hodně nezdravé stravy, může to vést k obezitě a dalším zdravotním problémům. Na tomto listku najdete základní rady a doporučení.

STRAVUJTE SE ZDRAVĚ

Jezte zdravě - Vaše dítě bude jíst také zdravě. Doporučujeme množství ovoce, zeleniny, ryby, libového masa, zakysaných mléčných výrobků, luštěnin, celozrnných obilovin a kvalitních rostlinných olejů. Začněte porci množstvím živin, minerálních látek a vitamínů.

Více o zdravém stravování na www.vzdrazpol.cz

JEZTE 5+ DENNĚ

Dítě by mělo sníst za den 3 hlavní jídla a 2 svačinky mezi hlavními jídly.

SNÍDANĚ

Naučte své dítě každé ráno sníst.

OMEZTE TUČNÉ A SLADKÉ JÍDLO

Sníte množství potravin s větším množstvím živočišných tuků a nebo s přídavným cukrem na minimum. Nepožívejte tyto potraviny jako občasně. Dítě odměňte jiným způsobem - například s ním zahrňte občasnou hru nebo se věnujte jiné činnosti. Mnoho má rád.

PÍTE VODU

Povzbudte své dítě v pití čisté vody. Výrazně omezte slazené nápoje.

STOLUJTE PRAVIDELNĚ SPOLU

Alespoň 5x týdně stůlujte spolu. Konzumujte přiměřené porce dostatečně pomalou rychlostí. Povězte si ke společným stůlům pravidla: nejezte, než začnete, a nejezte, než skončíte. Povězte si ke společným stůlům pravidla: nejezte, než začnete, a nejezte, než skončíte.

FYZICKÁ AKTIVITA

Zdravý pohyb je stejně důležitý jako správná strava. Hýbejte se, kdykoliv je to možné. Chodte pěšky, hraje hry v přírodě, jezďte na kole, nechte dítě, ať vám pomáhá s domácími pracemi.



Fig. 3 Opuscolo didattico: Prevenzione dell'obesità nei bambini

ZDRAVÁ TŘINÁCT RAD KE ZDRAVÉ VÝŽIVĚ DĚTÍ

- 1** Mějte na paměti, že výživa plodu a dítěte v prvních třech letech života má významné vlivy na zdravotní stav Vašeho dítěte až do dospělosti. Stravu v době těhotenství a v době kojení a příjímání potravy v živém dítěti konzultujte s lékařem.

9 Od předškolního a školního věku omezujte potraviny s větším množstvím živočišných tuků (tučné maso, tučné masné a mléčné výrobky, jemné a tvrdé pečivo s vysokým obsahem tuku, chipsy, čokoládové výrobky). Preferujte příjem tuků rostlinných (oleje, obohacené tuky a omáčky a omáčky z rostlinných olejů). Nežijte na masle.
- 2** Udržujte průměrnou tělesnou hmotnost dítěte v celém průběhu jejich růstu a vývoje, optimálně mezi 25-75 procentem, optimálně mezi 10-90 procentem růstových grafů.

10 U dítěte omezte příjem přídavných cukrů, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, čokolád, slazených mléčných výrobků a zmrzliny.
- 3** Podporujte fyzickou aktivitu dítěte v souladu s jejich psychomotorickým vývojem.

11 Omezte příjem kuchyňské soli a potravin s vysokým obsahem soli (slané úzeniny a rybičky, sýry, chipsy, solené tyčinky a občasně). Konzumujte a konzultujte s lékařem sůl do stravy výhradně ve formě soli. Nežijte na soli.
- 4** Zajistěte, aby dítě konzumovalo pestrou stravu, která odpovídá jejich věku a je rozdělena do 5 denních jídel. Děti by neměly vynechávat snídani.

12 Předcházet nákazám a otrávením z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu, uskladnění a přípravě pokrmů při tepelném zpracování dávajte přednost šetrným způsobům, umějte smažit a grilovat. K pravidelnému mytí rukou před konzumací potravy veškeré své děti.
- 5** Od kojeneckého věku je raději dít, aby se dítě denně naučilo konzumovat dostatečné množství zeleniny (od vařené k syrové formě) a pravidelně mléky ve svém jídelníčku i ovoce.

13 Nezapomínejte na pitný režim, zvláště v žárném věku je raději dít pravidelně tekutiny. Děti by měly pít i mimo dobu příjmu potravy alespoň 6x denně. Pravidelně konzumace nápojů přispívá k lepšímu doplnění a prevenci dehydratace, a tím i ke zdraví a blahobytu dítěte. Pro pitný režim je vhodné pitná voda, slabě mineralizované neperlivé neperlivé minerální vody, slabý čaj, ovocné čaje a šťávy, nejvíce nealkoholické nebo lehké. Omezujte konzumaci sladkých a sycených nápojů. Pro děti není určena káva, energetické nápoje a samostatně ani alkohol.
- 6** Nejvíce po ukončení čtvrtého měsíce věku a nejspíše až ukončení sedmého měsíce by děti měly dostávat obiloviny, nejvíce ve formě kaší, později pečiva, od tří let postupně i celozrnného. Měly by konzumovat brambory, těstoviny, ryži. Do jídelníčku by měly být postupně zařazeny luštěniny (alegumy) (alegumy) 1x týdně.
- 7** Jemné rybí maso (bez kostí) zařazujte postupně do jídelníčku dítěte od šestého měsíce věku a dále. Zahrňte je tak, aby se dítě naučilo jíst rybu a rybičky alespoň 2x týdně.
- 8** Do jídelníčku dítěte je vhodné zařadit mléko nebo mléčné výrobky alespoň v 5-6 porcích v kojeneckém věku přes 3-4 porce v batoláckém a 2-3 denní porce ve věku předškolním a školním. Naučte dítě konzumovat zakysané a méně sladké mléčné výrobky (sýry, jogurty, zakysané mléčné nápoje, kefiry).

Více informací najdete na www.vzdrazpol.cz

1000dni

Fig. 4 Opuscolo didattico: Tredici passi per una dieta sana per i bambini

La prevenzione dell'obesità non è oggetto di un documento chiaramente definito, ma si tratta piuttosto di raccomandazioni comuni nell'ambito della promozione della salute, in cui intervengono fonti diverse da quelle professionali - si veda il capitolo seguente. Esistono alcune linee guida generali, che sono state ulteriormente basate su un programma nazionale chiamato Salute 2020, Salute 21 e ora il più recente Programma Salute 2030 pubblicato dal Ministero della Salute della Repubblica Ceca.

Come per l'obesità, anche nel caso delle ED esistono linee guida raccomandate per il trattamento psichiatrico pubblicate dalla Società Psichiatrica dell'Associazione Medica Ceca di J. E. Purkyně. [La terapia richiede un'assistenza professionale differenziata e una cooperazione interdisciplinare in base al grado di motivazione al trattamento, al supporto dell'ambiente e alla gravità delle conseguenze psicosociali e somatiche.

La prevenzione della PPP si è sviluppata molto rapidamente nell'ultimo decennio. Negli ultimi anni, la prevenzione nelle scuole secondarie e terziarie si è concentrata sui bambini in età scolare e prescolare, perché il problema si manifesta in una popolazione sempre più giovane, proprio come il problema dell'obesità. Oggi, secondo l'OMS, la promozione della salute è generalmente più riconosciuta rispetto alla prevenzione specifica. In questo caso, a differenza della prevenzione dell'obesità, esistono più materiali ufficiali. Le raccomandazioni per la prevenzione dei disturbi alimentari per il personale docente si trovano sul sito www.healthyandfree.cz, nella sezione dedicata agli insegnanti. Esistono istruzioni metodiche del Ministero dell'Istruzione e della Cultura (Appendice 3 Disturbi alimentari) [18], attualmente in fase di revisione. Sono disponibili altri documenti strategici e metodologici sulla prevenzione primaria per le scuole. [Esistono documenti nazionali prodotti dal Ministero dell'Istruzione e anche il Concetto per la capitale Praga, che si riferisce in generale alla prevenzione dei comportamenti a rischio e al sistema di coordinamento.

1.4 Iniziative nazionali e locali

Affrontare l'obesità

Nel campo dello stile di vita "sano", purtroppo non solo nella Repubblica Ceca, ci sono esperti, ma molto spesso anche completi non professionisti o appassionati che danno consigli. Di conseguenza, una prevenzione inappropriata e non professionale può avere l'effetto opposto e indesiderato.

Un quadro nazionale di programmi educativi nelle scuole, che non hanno un chiaro contenuto concettuale, influisce attualmente su questo tema. Alcune scuole, anche se in modo molto giocoso e interessante per i bambini, promuovono una dieta non del tutto ottimale, soprattutto una dieta puramente vegana. Altre parti interessate significative sono le società professionali Czech Obesitological Society, Society for Nutrition, National Health Institute, Healthy Nutrition Forum, Association of Nutritional Therapists, Section of Nutritional Therapists at the Association of Nurses, Section of Nutrition and Nutritional Care, Section for Eating Disorders at the Psychiatric Society e altre. Inoltre, entra in gioco la Camera dell'Alimentazione della Repubblica Ceca, che è stata coinvolta nella (non) necessaria accettazione del NutriScore. Per questo motivo, sono obbligati a commentare i singoli criteri nutrizionali che si riferiscono al valore energetico totale della dieta, ovvero la quantità di zuccheri semplici, sale e fibre, cioè parametri associati, tra l'altro, all'obesità. Di conseguenza, anche le stesse catene di vendita al dettaglio sono coinvolte nella "educazione" e hanno varie campagne di promozione di un'alimentazione "sana" [20].

Infine, ma non meno importante, dobbiamo prendere in considerazione i media, siano essi TV, radio o social network. Qui è possibile imbattersi in esperti del settore così come in assoluti non professionisti che rappresentano marchi selezionati. Per esempio, il sostegno della catena McDonald's a una band molto popolare, i Mirai, ha dato vita al *menu Mirai* (1700 kcal) che

comprende un hamburger Bic Mac, patatine fritte, una bevanda a piacere (la band consiglia la Coca Cola), una coppa di gelato al caramello con zuccherini, salsa agrodolce e due crocchette di pollo.

A causa di questa grande confusione mediatica, sono stati creati diversi portali informativi che includono informazioni di base su una dieta sana, approvate e garantite da società professionali. Il progetto *S Děťmi proti obezitě* (Con i bambini contro l'obesità) è uno di questi ed è dedicato ai bambini a rischio di obesità. All'inizio, l'ambizione di questo progetto era quella di creare centri di consulenza regionali in collaborazione con terapisti nutrizionali qualificati (campi di studio accreditati: B.Sc., M.Sc.) o consulenti nutrizionali (che avessero superato i corsi di qualificazione del Ministero dell'Istruzione), ma a causa della mancanza di fondi e del supporto professionale del PLDD, non è stato possibile realizzarlo. Ciò che è rimasto è un portale web informativo contenente una grande quantità di materiale per genitori ed esperti da utilizzare per l'educazione dei genitori e dei bambini più grandi. Ora esiste una prole simile, *S děťmi proti nadváze* (Con i bambini contro il sovrappeso), sostenuta e approvata dal Ministero della Salute e da una sovvenzione OP dell'UE.

Un'altra iniziativa completa - anche se non prettamente dedicata all'obesità o ai disturbi alimentari - è il *Víš co jíš* (Sai cosa mangi) [21]. La sezione dedicata *agli adolescenti* contiene programmi e materiali educativi rivolti ai ragazzi delle scuole. I suoi singoli componenti sono stati creati in collaborazione con il Centro di informazione sulla sicurezza alimentare del Ministero dell'Agricoltura, il Ministero dell'Istruzione, della Gioventù e dello Sport, la Facoltà di medicina 3rd dell'Università Carlo di Praga, il Ministero della Salute, l'Istituto di economia e informazione agricola e la Società per la nutrizione.

Il programma didattico si rivolge principalmente agli insegnanti e agli alunni della classe 2nd delle scuole elementari. Il suo obiettivo è quello di offrire materiale didattico di supporto di qualità, basato su fonti professionali verificate e con l'ambizione di rendere più interessante l'insegnamento di un determinato argomento. È suddiviso in sei aree di base relative alla nutrizione e alla sicurezza alimentare: Nutrienti e acqua, Raccomandazioni nutrizionali, Nutrizione e malattie, Malattie di origine alimentare e loro prevenzione, Intossicazioni alimentari, Cibo e sicurezza. Ogni insegnante può scegliere l'intero programma o solo singoli argomenti per il proprio insegnamento. Alcuni degli argomenti contengono informazioni specifiche sull'obesità e la PPA, sulla loro prevenzione e sul conseguente supporto nutrizionale. Il programma di studio è completato da libri di lavoro per gli alunni delle classi 6th e 7th e per gli alunni delle classi 8th e 9th della scuola elementare, che servono per esercitarsi e acquisire le conoscenze di base nel campo della nutrizione e dell'alimentazione sana e sicura. Un altro aiuto didattico al programma di insegnamento sono i test, con cui gli studenti possono verificare le loro conoscenze.

Un altro portale nazionale disponibile per il pubblico è il National Health Information Portal - NZIP. Il suo obiettivo è quello di fornire al pubblico laico informazioni nel campo dell'assistenza sanitaria, garantite da esperti selezionati sul tema in questione nella Repubblica Ceca. Queste persone lavorano in diverse organizzazioni ceche che si occupano direttamente di sanità: la Società Medica Ceca di Jan Evangelista Purkyně, l'Istituto Sanitario Statale, il Ministero della Salute e l'Istituto di Informazione e Statistica Sanitaria della Repubblica Ceca. Il NZIP offre informazioni affidabili, verificate e garantite. Esiste una sottopagina separata dedicata alle ED, che comprende sintomi, prevenzione e un algoritmo di trattamento o opzioni per l'assistenza e il supporto successivo [22] e per l'obesità [23].

Il sito web www.vimcojim.cz (I Know What I Eat) riguarda esclusivamente l'alimentazione, nel senso di raccomandazioni razionali sostenute dalle autorità nazionali nel campo della nutrizione (Society for Nutrition) per una popolazione sana. Questa iniziativa non solo gestisce un sito web, ma organizza anche varie sfide attraverso i social network. Una recente è stata chiamata "*Mettiti in forma - in modo attivo e sano*". L'associazione collabora anche con le

compagnie di assicurazione sanitaria per promuovere e motivare la popolazione a uno stile di vita più sano.

Un'altra entità professionale che organizza conferenze nazionali e regionali incentrate sulla nutrizione di singoli gruppi è la Society for Nutrition. Tiene regolarmente conferenze sulla nutrizione dietetica ed emette raccomandazioni per la popolazione della Repubblica Ceca nel campo dell'alimentazione sana. È un'autorità riconosciuta e cooperante per il Ministero dell'Istruzione, della Cultura, dello Sport e della Scienza del Ministero dell'Istruzione e della Cultura e per la Società Obesitologica Ceca, per la quale organizza regolarmente la conferenza *Child nutrition and obesity in theory and practice*.

Un istituto nazionale che elabora raccomandazioni e fornisce informazioni derivanti da studi di ricerca o da vari progetti di monitoraggio è lo State Health Institute. Il gruppo che ruota attorno al professor Ruprich è attualmente molto attivo e pubblica articoli divulgativi disponibili attraverso diverse fonti: dai siti web [24] alle riviste pubblicate dalla già citata Society for Nutrition o al sito web del Centro di informazione sulla sicurezza alimentare del Ministero della Salute.

Tre organizzazioni professionali ceche sono coinvolte nella creazione di contenuti web, oltre che di post sui social network e di varie conferenze e seminari/webinar sul tema della nutrizione per vari gruppi, tra cui persone in sovrappeso/obese e persone affette da ED: l'Associazione dei Terapisti della Nutrizione, la Sezione dei Terapisti della Nutrizione presso l'Associazione Nazionale degli Infermieri e la Sezione della Nutrizione e della Cura della Nutrizione. Le loro azioni si svolgono sia a livello nazionale, sia su scala locale, nel luogo in cui i singoli membri svolgono la loro professione. Attualmente, esistono anche consultori separati per i terapeuti nutrizionali al di fuori delle strutture mediche. Alcuni di loro cercano di divulgare l'area della nutrizione, confutando i vari miti popolari, ma anche combattendo con le celebrità dei media e gli YouTubers che spesso danno informazioni fuorvianti sulle diete o promuovono cibi non salutari per partnership finanziarie.

Per esempio, c'è l'iniziativa *NeHladu* (No alla fame) [25] che attualmente collabora con il più grande supermercato internet Rohlik.cz o con il centro Anabell per le persone affette da EDs (vedi sotto) per promuovere abitudini alimentari sane. L'Istituto di Nutrizione Moderna (IMV) [26] riunisce terapeuti nutrizionisti in una "lotta" contro la disinformazione ed è molto popolare nella Repubblica Ceca. L'IMV è un buon esempio di come sia passato dall'organizzazione di conferenze e seminari alla consulenza locale, soprattutto grazie alla sua popolarità sui social network e alla capacità di attrarre un pubblico giovane.

Vanno menzionate anche le iniziative volte a migliorare la qualità nutrizionale dei pasti scolastici. La ristorazione scolastica è un'altra peculiarità delle Repubbliche Ceca e Slovacca, in quanto il metodo, la qualità e gli standard per la ristorazione nelle strutture pre-scolastiche e scolastiche sono regolamentati da un decreto nazionale, un'appendice al disegno di legge. I componenti richiesti di una dieta giornaliera/settimanale sono indicati con numeri esatti e dimensioni delle porzioni. Fino a poco tempo fa, gli standard per alcuni pasti erano basati su una dieta risalente agli anni '80. Il progetto *Skutečně zdravá škola* (progetto "Scuola veramente sana") [27] sviluppa in modo completo la cultura dell'alimentazione in tutti i contesti ecologici, economici, sociali e sanitari. Attualmente, quasi 500 scuole in tutto il Paese sono coinvolte nel programma. Affinché una scuola possa essere dichiarata "Veramente sana", deve rispettare le modifiche apportate alle materie prime e alla preparazione degli alimenti, in particolare l'aggiunta di frutta e verdura, ma anche di legumi, la riduzione di zuccheri semplici, sale, alimenti altamente trasformati, ecc. Allo stesso tempo, la scuola deve educare gli alunni nel campo della sana alimentazione - sotto forma di lezioni o laboratori, a discrezione di ciascun docente della regione della Repubblica, anche se i materiali metodologici, gli opuscoli e altri materiali utilizzati sono gli stessi per tutto il Paese.

Non esiste una panoramica completa dei servizi di consulenza disponibili nella Repubblica Ceca per i clienti che cercano aiuto nell'ambito della nutrizione o delle ED. Esistono risorse

frammentarie sia nell'ambito dei terapisti nutrizionali: ci sono principalmente centri di consulenza gestiti come strutture mediche o consulenti nutrizionali che operano sotto l'associazione Alliance of Nutritional Counsellors. Attualmente è in fase di creazione una nuova rete di centri di consulenza nutrizionale chiamata *Nutriadapt*. Esiste anche un portale completamente indipendente con un catalogo di terapisti nutrizionali, chiamato *vyzivoviporadci.cz*. Tuttavia, la qualità della consulenza e dei servizi forniti non è controllata a livello centrale.

Attualmente esistono due organizzazioni che stanno sviluppando una metodologia unificata per i loro uffici regionali e/o per i singoli docenti e consulenti per le persone in sovrappeso o con obesità: STOB (Stop to Obesity) [28], sostenuta dalle autorità più note nel campo della nutrizione, e un progetto puramente commerciale chiamato Nutridapt [29]. L'organizzazione STOB è stata fondata nel 1990 e da tempo si occupa di perdere peso senza diete o restrizioni severe. Cerca di fornire indicazioni su come lavorare con i propri pensieri, emozioni e comportamenti, che nella maggior parte dei casi rendono possibile una perdita di peso e un cambiamento di stile di vita di successo. Il suo approccio si basa sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), che insegna a lavorare con la mente, le emozioni e il comportamento. La CBT viene utilizzata con successo per gestire qualsiasi cambiamento nelle abitudini delle persone. Numerosi studi hanno confermato l'efficacia dell'approccio CBT, che viene ampiamente utilizzato anche per il trattamento della DE.



Fig. 5 Prevenzione dell'obesità: Sette fasi di un cambiamento di vita

Lo STOB opera su più livelli. Da un lato, crea contenuti disponibili a livello nazionale sui siti web, tiene seminari per il pubblico laico e professionale su vari argomenti, sempre finalizzati al mantenimento di un peso e di uno stile di vita sani. Organizza regolarmente la Giornata della Salute a Praga, organizza corsi residenziali in Repubblica Ceca e all'estero e corsi "ambulatoriali" con l'obiettivo di ridurre il peso corporeo dei clienti. Inoltre, grazie alla formazione sulla metodologia CBT, lo STOB crea un sistema di tutor CBT attivi a livello locale che applicano questa metodologia nel loro lavoro quotidiano. Non esiste una metodologia uniforme per il lavoro individuale o di gruppo. La portata e la durata del trattamento dipendono esclusivamente dal tutor. Tuttavia, i docenti dello STOB sono psicologi, terapisti nutrizionali, nutrizionisti, ma anche medici che utilizzano la CBT in cliniche obesitologiche o centri termali. Sul sito web dello STOB è presente un elenco di docenti formati da loro. Allo stesso tempo, lo STOB offre un gran numero di libri, opuscoli didattici e volantini, fogli di registrazione per tenere traccia dell'alimentazione e

dell'esercizio fisico, nonché un database alimentare accessibile via Internet, ricette e video didattici. Nel 2008 è stata lanciata la prima applicazione internet, Hravě-žij-zdravě [30], che aiutava i perdenti peso attraverso un ambiente online. Oggi il sito web è utilizzato soprattutto dai bambini. Il sito STOB Club si rivolge ad adulti e adolescenti e le persone possono creare il loro profilo personale online, dove registrano i loro successi e progressi utilizzando modelli con materiali di auto-allenamento.

Nutriadapt fa parte del sistema di consulenza commerciale in franchising, dove la metodologia, i materiali per i clienti, le ricette ecc. sono creati dalla sede nazionale. Purtroppo le visite ai centri e una certa gamma di servizi sono a pagamento e i clienti devono acquistare i prodotti complementari offerti da Nutriadapt.

Tra i progetti commerciali funzionanti a livello nazionale che non hanno più un'identità visiva unificata, ma una metodologia di base unificata e una formazione centralizzata del personale c'è *Metabolic balance* [31]. Offre un database di esperti formati dall'azienda, sia terapisti nutrizionali che nutrizionisti. Non è necessario acquistare alcun prodotto, ma si tratta di un sistema di nutrizione basato su ricette personalizzate. Anche il progetto Naturhouse dispone di materiale di formazione, orientamento e supporto per i clienti a livello nazionale, ma l'intera consulenza si basa esclusivamente sui propri prodotti. Naturalmente esistono innumerevoli consulenti indipendenti che offrono i propri metodi, vendono i propri prodotti e le proprie ricette, alcuni operano online e gestiscono anche consulenze online.

Affrontare le ED

Più che l'area dell'obesità, sono gli ED a essere affrontati con maggiore attenzione nel sistema di diagnosi precoce e nella successiva assistenza a livello non statale. Già il primo passo citato nelle procedure raccomandate, il primo contatto per la prevenzione e l'intervento precoce per i pazienti e i loro familiari sono le chat su Internet e i gruppi di auto-aiuto. [32] Poi dipende dalla loro capacità professionale di motivare i pazienti alla diagnosi e al trattamento. L'efficacia è stata confermata soprattutto tra i gruppi supportati da esperti. Nel caso di bambini e adolescenti, la famiglia o la scuola di solito rilevano i primi sintomi.

L'organizzazione più grande, che ha sedi nelle tre maggiori città della Repubblica Ceca, è il Centro Anabell. All'interno dei centri (Praga, Brno, Ostrava) offre una consulenza sociale professionale gratuita durante la quale il cliente può frequentare regolarmente fino a 10 sessioni gratuite con un consulente, incentrate direttamente sul problema del cibo e dei disturbi alimentari. Per i bambini di età inferiore ai 12 anni, il servizio è accessibile con i genitori o i rappresentanti legali, mentre i bambini di età superiore ai 12 anni possono accedere al servizio senza accompagnamento. Anabell offre anche un servizio di assistenza post-ospedaliera, destinato ai clienti dopo il ricovero, o comunque dopo il trattamento ambulatoriale ricevuto per i disturbi alimentari. L'Anabell ospita anche sessioni di gruppo in cui si incontrano i clienti di età superiore ai 15 anni che hanno avuto esperienze di DE. Il gruppo è guidato da un consulente alla pari che ha vissuto in prima persona questo problema.

Alcune sedi offrono anche una consulenza via Internet che i clienti possono contattare in qualsiasi momento (tramite chat online) o ricevere una risposta via e-mail entro 3 giorni lavorativi, oppure possono contattare la linea di crisi Anabell, attiva a livello nazionale tutti i giorni lavorativi. Sebbene il centro in quanto tale non sia disponibile su tutto il territorio nazionale, l'Anabell dispone di un elenco non pubblico di terapeuti nutrizionali, psichiatri e psicologi che collaborano con il centro, ai quali inoltra i clienti interessati in modo che siano il più possibile vicini al domicilio del cliente. L'Anabell è collegato ai centri psichiatrici che si occupano del trattamento della DE e, dopo la fine del trattamento coperto dall'assicurazione sanitaria nella Repubblica Ceca, i clienti vengono indirizzati direttamente all'Anabell per le cure successive. A differenza del caso dell'obesità, non esistono altre iniziative di questa portata nella Repubblica Ceca.

PPP Info (PPP = ED) è un sito web ben progettato che fornisce un elenco di centri di consulenza, fonti di informazione per le persone che cercano aiuto per le ED. [33] I clienti possono anche utilizzare l'ONG E-clinic - progetto di supporto anonimo. [34] Il portale contiene articoli professionali e divulgativi sui disturbi alimentari, fornisce materiali di auto-aiuto (ad esempio, un manuale per ripristinare un regime alimentare normale in caso di sovralimentazione), informazioni sul trattamento e sui contatti, procedure per gli insegnanti (competenze scolastiche, raccomandazioni per la scelta di un programma preventivo) e linee guida per i genitori. Le persone possono chattare in modo anonimo con uno psicologo clinico specializzato in disturbi alimentari. Ci sono chat per genitori, partner e persone care a chi soffre di ED. Tutte le comunicazioni sono anonime e gratuite.

Nel 2019 è stato lanciato il progetto Nepanikař (Non farti prendere dal panico) [35], che - oltre al consueto portale web - comprende anche la prima applicazione mobile ceca che aiuta gratuitamente gli utenti e fornisce la prima assistenza psicologica rapida. Nel 2020, Nepanikař ha iniziato a offrire consulenze anonime e gratuite via chat e via e-mail e ha creato un'ampia Help Map, che contiene oltre 10.000 contatti di psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, centri di consulenza psicologica ed educativa e centri di crisi. Nel 2021, il progetto ha iniziato a offrire terapie online che facilitano la collaborazione con gli esperti. Infine, Nepanikař introduce ed educa il pubblico in generale sul tema della salute mentale e delle ED attraverso workshop.

1.5 Conclusione

Come indicato in precedenza, il numero di giovani che soffrono di sovrappeso/obesità o di DE nella Repubblica Ceca è in aumento. I numeri relativi ai problemi di peso variano leggermente a seconda della metodologia utilizzata, ma le statistiche in generale indicano una tendenza all'aumento negli ultimi anni. Se motivate, le persone con problemi di peso possono ricevere un buon supporto da un gran numero di risorse finanziate dal governo e operanti a livello nazionale.

Tuttavia, non tutte le iniziative e le ONG sono guidate da professionisti e possono essere considerate affidabili. È chiaro che perdere peso è un buon affare e alcune agenzie o società che offrono educazione e consulenza lo fanno a scopo di lucro. D'altra parte, nel caso della DE e del suo rilevamento e trattamento precoce, ci sono solo poche iniziative che operano a livello nazionale, ma forniscono consigli e aiuti professionali ed esperti. Sono affidabili e credibili. Questo probabilmente perché la DE è giustamente considerata una diagnosi medica seria, mentre l'eccesso di peso è visto come una malattia di civiltà onnipresente e pervasiva e le ricerche suggeriscono che la popolazione inizia a tollerarla. Il problema comporta gravi rischi per la salute, grava sui bilanci della sanità e danneggia l'economia, ma il pubblico non lo prende abbastanza sul serio.

Riferimenti

- [1] Kunešová, M., August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Montori, V. M. Prevence a léčba dětské obezity: Praktická doporučení endokrinologické společnosti založená na názoru odborníků. *Revue endocrinologie*, 2010, 13(1):57-58.
- [2] Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. Stabilire una definizione standard di sovrappeso e obesità infantile in un'indagine internazionale mondiale. *BMJ*, 2000, 320:1240-1243. doi.org./101136/BMJ.320.72441240.
- [3] Šamánek, M., Urbanová, Z. Výskyt nadváhy a obezity u 7427 českých dětí vyšetřených v roce 2006. *Čs. Pediatr.*, 2008, 63(3):120-125.
- [4] Kunešová, M., Vignerová, J., Pařízková, J., Procházka, B., Braunerová, R., Riedlová, J., Zamrazilová, H., Hill, M., Bláha, P., Šteflová, A. Variazioni a lungo termine della prevalenza di

- sovrappeso e obesità nei bambini cechi di 7 anni: valutazione di diversi criteri di cut-off dell'obesità infantile. *Obes. Rev.*, 2011, doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00870.x.
- [5] Pištorová, Markéta. Zpráva o zdraví a nemocech. *Statistika a My*, 11:7-8, 2011. 24-25. Disponibile da: <https://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2021/08/1804210708.pdf>
- [6] Indagine europea sulla salute. Ufficio stampa Eurostat, 203/2016 - 20 ottobre 2016. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646>
- [7] Sovrappeso e obesità - Statistiche sull'IMC. Statistiche spiegate - Eurostat. ISSN 2443-8219. Disponibile su https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
- [8] Owen, K. *Moderní terapie obezity: [přůvodce pro každodenní praxi]*. Praga: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
- [9] Marinov, Z., Střítecká H. Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. století. *Lékařské listy*, 9, Appendice a *Zdravotnické noviny* 2014, 19(63):21-24. Disponibile da: <http://skojenciprotiobezite.cz/wp-content/uploads/2014/09/clanek-2-02.pdf>
- [10] Státní zdravotní ústav, Praga. *Studio Zdraví dětí* 2016. Disponibile da: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/Zdravotni_stav_2016.pdf
- [11] Marinov, Z., Marinová C., Pastucha, D. et al. S dětmi proti obezitě. *Vox pediatry*, 2014, 3, 30-31.
- [12] Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, *Dětská obezita (2021)*. Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7.
- [13] Kalman, Michal. České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností. 2022. Disponibile su: <https://zdravagenerace.cz/reporty/obezita/>.
- [14] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministero della Salute. Disponibile da: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011_az2017.pdf.
- [15] Centrum Anabell. Brno. *Rapporti annuali*. Vedi <http://www.centrum-anabell.cz/cz/onas/vyrocnizpravy>.
- [16] Boženský, J et al. *Dětská obezita (2021)*. Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7. Disponibile da: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7139-publikace-detska-obezita-2021.pdf>.
- [17] Papežová H. et al. *Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy*. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponibile su: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [18] Cfr. Ministero dell'Istruzione, della Gioventù e dello Sport. *Raccomandazioni metodiche*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>.
- [19] Cfr. Ministero dell'Istruzione, della Gioventù e dello Sport: *Strategia nazionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio tra bambini e adolescenti per il periodo 2019-2027*. Disponibile all'indirizzo: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf.
- [20] Vedi Albert e la campagna <https://www.albert.cz/chcijistlepe> o Penny con una campagna per aumentare l'attività fisica <https://www.hybemesehezkycesky.cz/>.
- [21] Ministero della Salute, Ministero dell'Agricoltura. *Informační centrum bezpečnosti potravin*. Vedi <https://www.viscojis.cz/teens/>.
- [23] Ministero della Salute, Istituto di Informazione e Statistica Sanitaria della Repubblica Ceca. Cfr. <https://www.nzip.cz/kategorie/96-poruchy-prijmu-potravy>.
- [23] Ministero della Salute, Istituto di Informazione e Statistica Sanitaria della Repubblica Ceca. Vedere <https://www.nzip.cz/kategorie/102-obezita>

- [24] Istituto Nazionale di Sanità Pubblica. Vedere <http://szu.cz/tema/podpora-zdravi/spravna-vyziva>
- [25] Ingvik, s.r.o. <https://www.nehladu.cz/>.
- [26] Institut Moderní Výživy, s.r.o. Vede <https://www.institutmodernivyzyvy.cz/>.
- [27] Programma Skutečně zdravá škola. Vede <https://www.skutecnezdravaskola.cz/>.
- [28] STOB, s.r.o. Vedere <https://www.stob.cz/cs/home>.
- [29] Nutriadapt, s.r.o. <https://www.nutriadapt.cz/>.
- [30] Hravě žij zdravě. Vede <https://www.hravezijzdrave.cz/>.
- [31] Metabolic Balance, s.r.o. Vedere <https://www.metabolic-balance.cz/>.
- [32] Papežová H. et al. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponibile su: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [33] Kulhánek, J. Vede www.pppinfo.cz
- [34] E-clinic - Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění, ONG. Vedere <http://www.ecinstitut.cz>.
- [35] Nepanikař, ONG. Cfr. <https://nepanikar.eu/>.

Opere citate

- [1] Kunešová, M., August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Montori, V. M. Prevence a léčba dětské obezity: Praktická doporučení endokrinologické společnosti založená na názoru odborníků. *Revue endokrinologie*, 2010, 13(1):57-58.
- [2] Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. Stabilire una definizione standard di sovrappeso e obesità infantile in un'indagine internazionale mondiale. *BMJ*, 2000, 320:1240-1243. doi.org/10.1136/BMJ.320.7244.1240.
- [3] Boženský, J et al. Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7. Disponibile da: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7139-publikace-detska-obezita-2021.pdf>.
- [4] Marinov, Z. (2014). Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. století. *Lékařské listy*, 2014, 9:21-24.

2. Capitolo sull'alimentazione sana per i giovani con obesità e ED. Rapporto locale - Spagna

Jonathan McFarland¹⁶

Università Autonoma di Madrid
Madrid, Spagna
mcfarland.jonathan@gmail.com

Cristina González

Università Autonoma di Madrid
Madrid, Spagna
cristina.gonzalez01@uam.es

María Luisa Cuesta Santamaria

Università Autonoma di Madrid
Madrid, Spagna
luicuesta@gmail.com

Eva Garcia Perea

Università Autonoma di Madrid
Madrid, Spagna
eva.garcia@uam.es

Abstract. *L'obesità è uno dei problemi sanitari globali più critici. Secondo EUROSTAT, nel 2019 il 2,0% della popolazione spagnola era sottopeso, mentre il 44,3% aveva un rapporto peso/altezza normale e il 16% della popolazione era diagnosticato come obeso. Anche se la Spagna, come molti altri Paesi del mondo, ha attuato una moltitudine di programmi nazionali e locali per cercare di combattere l'obesità, come la strategia NAOS creata dal governo spagnolo e altre iniziative locali e private, che saranno discusse in questo capitolo, l'incidenza dell'obesità è ancora in aumento in tutte le fasce d'età. Ciò è reso ancora più paradossale dal fatto che la Spagna ha tradizionalmente una dieta mediterranea (MD) che si è dimostrata efficace in termini di prevenzione delle malattie legate all'obesità.*

2.1 Introduzione

In occasione della Giornata Mondiale dell'Obesità, che si è svolta il 4 marzo 2022, il Direttore Generale dell'OMS Tedros ha dichiarato quanto segue: "La *pandemia di COVID-19 ha giustamente attirato l'attenzione del mondo per più di due anni, ma allo stesso tempo un'altra crisi sanitaria globale continua a crescere e a uccidere: la crisi dell'obesità. A livello globale, l'obesità è quasi triplicata dal 1975 e più di un miliardo di persone sono obese, quasi cinque milioni di persone ogni anno sono affette da obesità e le persone affette da obesità hanno tre volte più probabilità di essere ricoverate in ospedale con la COVID-19. Il suo costo economico è stimato fino al 3% del prodotto nazionale lordo a livello globale*". [1]

¹⁶ Autore corrispondente: mcfarland.jonathan@gmail.com

Si tratta di un problema mondiale, non solo limitato ai Paesi sviluppati, ma che si diffonde in modo contagioso, come il virus di cui sopra. I rischi in gioco per gli esseri umani, sebbene ovviamente diversi, potrebbero essere paragonati agli effetti del cambiamento climatico; noi, esseri umani, stiamo uccidendo l'ambiente e noi stessi, lentamente ma inesorabilmente.

La costituzione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è entrata in vigore il 7th aprile 1948. La prima frase recita: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità". [2] Questo è importante da sottolineare quando si parla di obesità e delle malattie ad essa collegate poiché, sebbene la parola "completo" sia stata messa in discussione, non si può mettere in dubbio il fatto che l'obesità sia fortemente legata al fisico, alla mente e al sociale. L'assistenza sanitaria non è solo *curare*, ma anche *prevenire*, e questo è fondamentale da sottolineare quando si parla di obesità e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DE) ad essa collegati, come l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, che sono problemi sociali stigmatizzati oltre che problemi di salute specifici. Tuttavia, proprio come nel caso delle crisi ambientali, in tutto il mondo si sta agendo a diversi livelli e la Spagna non fa eccezione. Queste azioni, sia a livello nazionale che locale, coinvolgono un'ampia gamma di professionisti provenienti da settori diversi ma integrati, come medici, infermieri, nutrizionisti, insegnanti, psicologi e chef, per citarne alcuni.

In questo breve capitolo parleremo della prevalenza dell'obesità (adulta e pediatrica) sia in Spagna che negli altri Paesi che partecipano al Progetto Erasmus Connected4Health, degli ED in Spagna, nonché delle Guide e degli Standard spagnoli e, infine, delle iniziative per combattere questo grave e crescente problema.

2.2 Prevalenza

Secondo EUROSTAT, nel 2019 il 2,0% della popolazione spagnola era sottopeso, mentre il 44,3% aveva un rapporto peso/altezza normale e il 16% della popolazione era diagnosticato come obeso. [3] La World Obesity Federation [4] ha riferito che nello stesso anno, il 2019, il 37,8% della popolazione spagnola adulta (oltre i 18 anni) era in sovrappeso e, in termini di distribuzione per sesso, c'è un'incidenza molto più alta nei maschi per il sovrappeso: 44,9% rispetto al 30,6% per le femmine, mentre per l'obesità la differenza è molto più bassa: 16,5% per i maschi e 15,5% per le femmine (Figure 1 e 2).

È importante notare che, se non diversamente indicato, il sovrappeso si riferisce a un IMC (Indice di Massa Corporea) compreso tra 25 kg e 29,9 kg/m², mentre l'obesità è > 30 kg/m². Sebbene vi siano alcune limitazioni nell'utilizzo dell'IMC come misura gold standard in termini di obesità e sovrappeso, con alcuni studi che affermano l'importanza del WHR (rapporto circonferenza vita-fianchi), per comodità e semplicità opteremo per lo stato dell'IMC. [5]

In un articolo pubblicato su El País nel 2019, è stato riportato che in un'indagine dell'Hospital del Mar di Barcellona si è stimato che entro il 2030 l'80% degli uomini e il 55% delle donne in Spagna saranno in sovrappeso. Gli autori dello studio hanno dichiarato: "Attualmente ci sono 25 milioni di persone con peso in eccesso, tre milioni in più rispetto a un decennio fa. In uno scenario conservativo, se questa tendenza continua, ci saranno altri tre milioni - il 16% di casi in più - entro il 2030". Hanno sottolineato che queste conclusioni sono allarmanti non da un punto di vista estetico, ma perché il sovrappeso può significare un rischio maggiore di soffrire di diverse malattie, tra cui diabete, ipertensione, ictus, cancro e altre condizioni cardiovascolari. [La Figura 3 mostra le stime relative agli adulti affetti da obesità, l'aumento annuale dell'obesità infantile nel periodo 2010-2030, l'aumento annuale dell'obesità adulta nel periodo 2010-2030 e la classifica di preparazione globale per la Spagna.

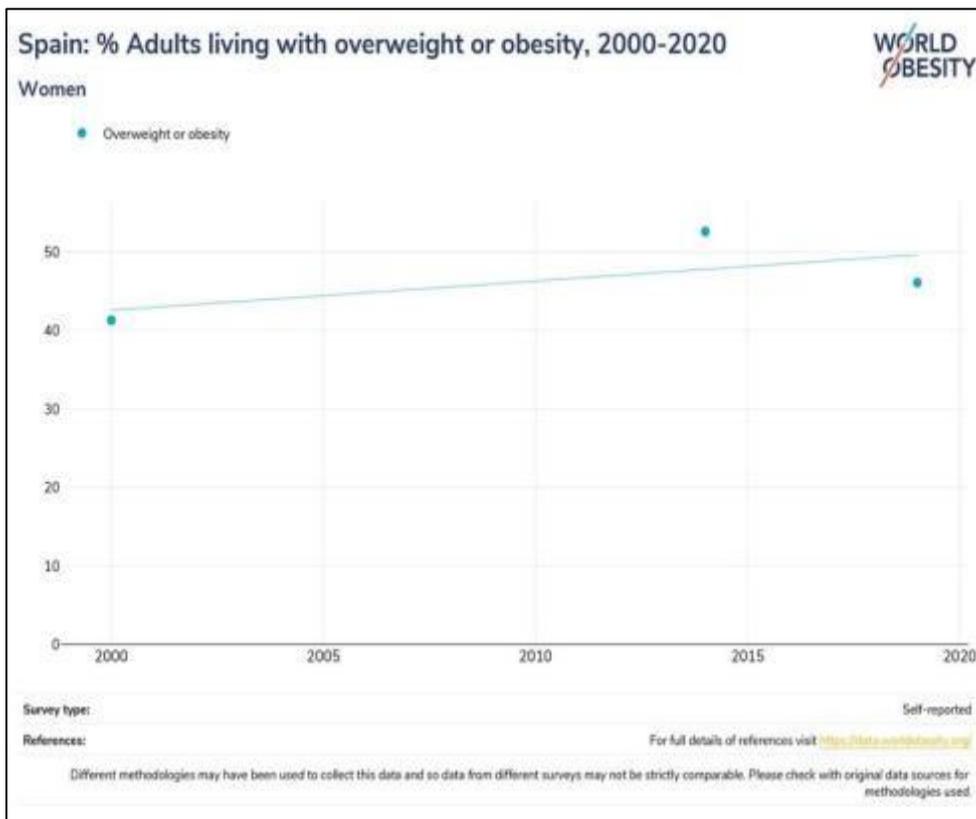
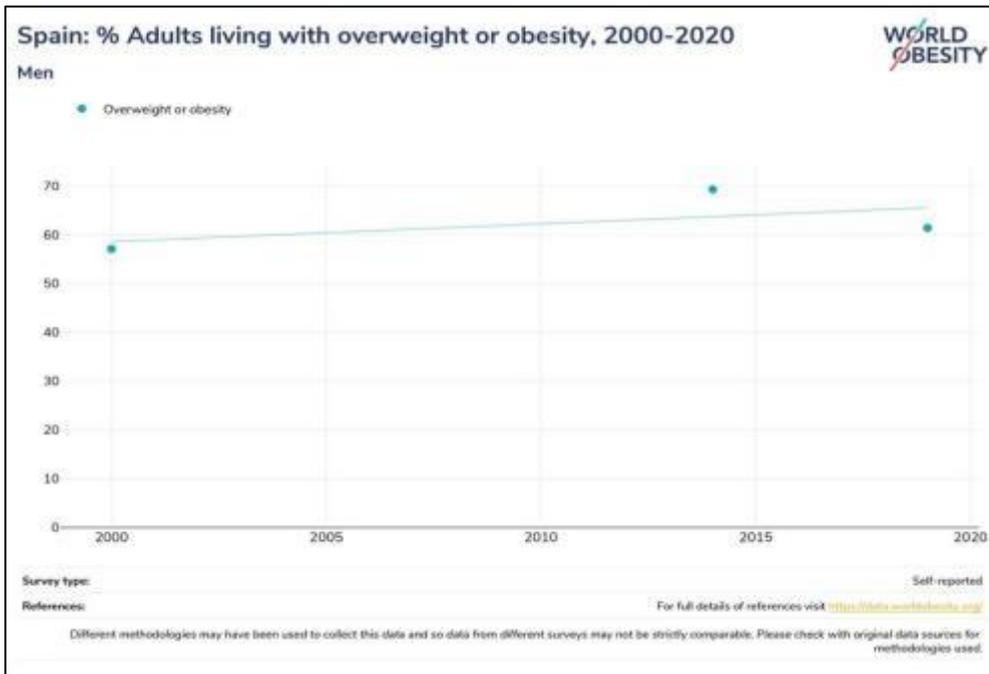


Fig. 1 e 2 Adulti che vivono con sovrappeso e obesità nei maschi (1) e nelle femmine (2) in Spagna



Fig. 3 Stime dell'obesità per il 2030 [7,8,9]

Abbiamo deciso di utilizzare le previsioni della World Obesity Federation sui tassi di obesità del 2030 per confrontare i Paesi coinvolti in Connected4Health¹⁷ in 3 aree: 1) Adulti con obesità entro il 2030 2) Aumento annuale dell'obesità infantile 2010-2030 e 3) Classifica di preparazione globale.

È degno di nota il fatto che la Spagna abbia la terza stima più alta per l'obesità degli adulti per il 2030, con una percentuale di quasi il 30%, ed è classificata come Alta dalla World Obesity Federation; gli unici due Paesi con una stima più alta di prevalenza sono la Repubblica Ceca e la Lituania (Tabella 1). Tuttavia, quando si discute dell'aumento annuale dell'obesità infantile (Tabella 2), la Spagna se la cava molto meglio della maggior parte dei Paesi C4H ed è classificata come media, mentre la maggior parte è classificata come Molto Alta. In termini di preparazione (Tabella 3), la Spagna si colloca ben al di sotto della media dei Paesi C4H, facendo più di 8 volte peggio del Paese più preparato, che è il Portogallo, e si posiziona all'ottavo posto sui 183 Paesi studiati.

Tabella 1 Adulti con obesità nel 2030 (in ordine decrescente - dal peggiore al migliore [7,8,9])

Paese	Percentuale/ Obesità	Valutazione
Repubblica Ceca	31.2%	Molto alto
Lituania	31.2%	Molto alto
Spagna	29.4%	Alto
Romania	28.9%	Alto
Portogallo	28.1%	Alto
Serbia	27.8%	Alto
Italia	25.0%	Alto

Tabella 2 Aumento annuale dell'obesità infantile 2010-2030 (in ordine decrescente - dal peggiore al migliore [7,8,9])

¹⁷ Anche se l'Italia non fa parte dei Paesi che lavorano al progetto C4H, abbiamo aggiunto la loro classifica alle tabelle.

Paese	Aumento annuale	Valutazione
Romania	5.5%	Molto alto
Serbia	4.5%	Molto alto
Repubblica Ceca	3.9%	Molto alto
Lituania	3.9%	Molto alto
Spagna	1.9%	Medio
Italia	1.6%	Medio
Portogallo	1.15%	Medio

Tabella 3 Classifica globale di preparazione (dalla migliore alla peggiore preparazione) [7,8,9].

Paese	Preparazione	Valutazione
Portogallo	8/ 183 paesi	Buono
Italia	16/183 paesi	Buono
Repubblica Ceca	21/183 paesi	Buono
Lituania	27/183 paesi	Buono
Spagna	51/183 paesi	Abbastanza buono
Serbia	60/183 paesi	Abbastanza buono
Romania	80/183 paesi	Media

In un recente articolo i Disturbi del Comportamento Alimentare (DE) sono stati definiti come "un gruppo di gravi disturbi legati al comportamento alimentare, causati da un'eccessiva preoccupazione per l'immagine corporea e dalla paura acuta di aumentare di peso". I soggetti affetti presentano squilibri fisici, psicologici e sociali e l'eziologia delle malattie (prevalentemente Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN)) è multifattoriale. Fattori genetici, fisiologici, sociali e di altro tipo influenzano e scatenano le malattie. Le ED sono normalmente associate ai Paesi del primo mondo o sviluppati, ma non esclusivamente. Tuttavia, siamo interessati alla loro predominanza in Spagna, e nella Figura 4 si può notare il drammatico aumento dei casi registrati di AN e BN, con un incremento da 14.659 casi nel 2011 a 79.202 casi nel 2020; un aumento di quasi 5 volte. [10,11]

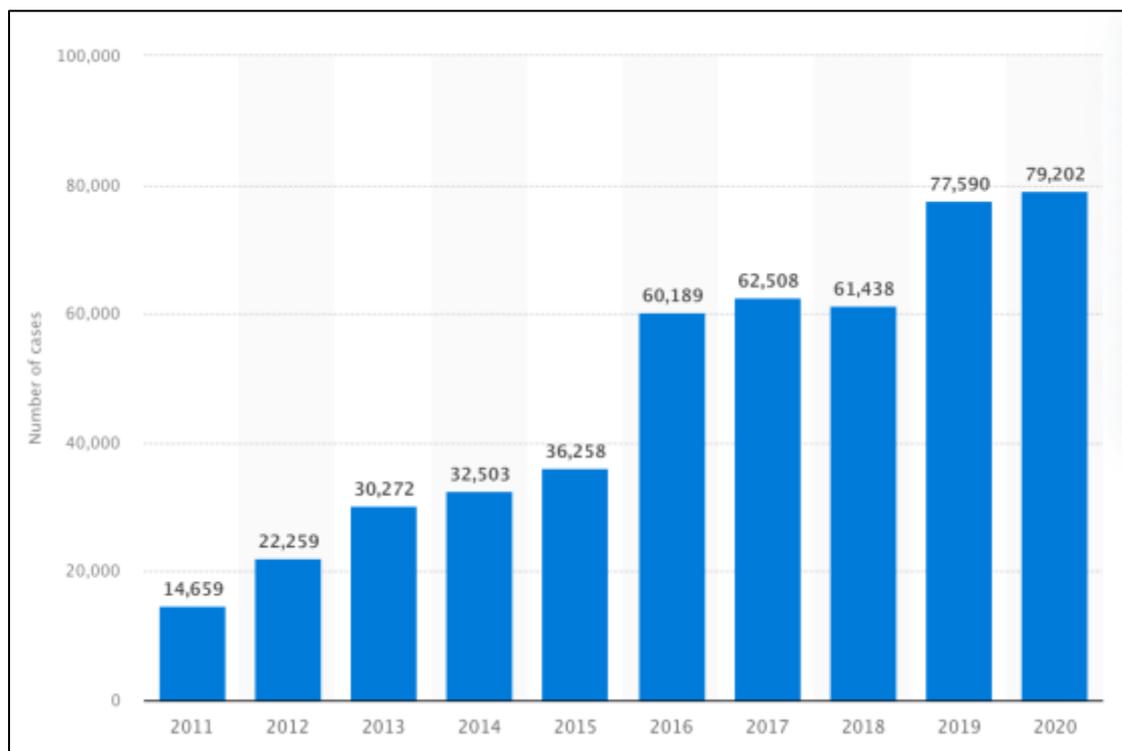


Fig. 4 Numero di casi di anoressia nervosa o bulimia registrati in Spagna dal 2011 al 2020 [10,11].

2.3 Guide e standard

Guida a una dieta sana

A) La Dieta Mediterranea (MD)

Secondo un gruppo di esperti di US News & World Report, la *dieta mediterranea* è stata nominata per il quinto anno consecutivo la migliore dieta. È "basata sulle abitudini tradizionali delle regioni della Grecia, dell'Italia e della Spagna", ricca di alimenti a base vegetale, con quantità moderate di proteine magre e grassi sani. La dieta si è anche guadagnata il primo posto come dieta più facile da seguire, la migliore dieta a base vegetale, per la salute del cuore e per il diabete. In collaborazione con la Harvard School of Public Health e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, Old ways, un think tank alimentare no-profit di Boston, ha sviluppato una piramide della dieta mediterranea adatta ai consumatori (Fig. 5) che offre linee guida su come riempire il piatto - e magari un bicchiere di vino - alla maniera mediterranea.

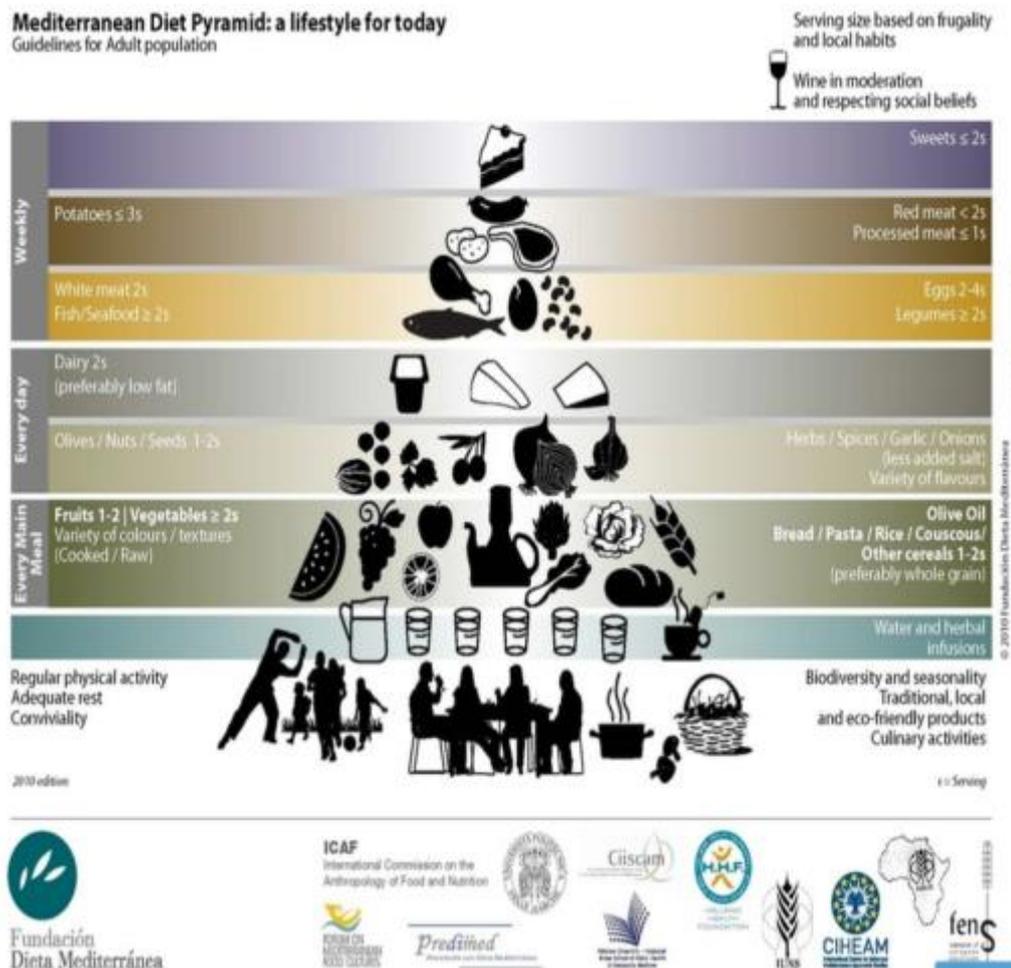


Fig. 5 Piramide della dieta mediterranea

Questa piramide mostra come si alimentano i Paesi che si affacciano sul Mar Mediterraneo, le cosiddette "zone blu" dove si tende a vivere più a lungo e in modo più sano. La Dieta Mediterranea consiste in alimenti di origine vegetale come frutta e verdura, patate, cereali integrali, fagioli, noci, semi e olio extravergine; un'assunzione moderatamente elevata di pesce;

un basso consumo di carne rossa, pollame e zucchero; un moderato consumo di latticini (preferibilmente a basso contenuto di grassi) - tipicamente formaggio e yogurt; e una moderata assunzione di etanolo (sotto forma di vino). [12]

Ma qual è il segreto per cui questa dieta è la migliore?

i) Nutrienti della dieta mediterranea rispetto alle linee guida per l'assunzione giornaliera di nutrienti negli USA

Confrontando la Dieta Med con le linee guida per l'assunzione giornaliera di nutrienti in una dieta americana, si scopre che supera solo in grassi totali, calcio e vitamina A e B per le donne e ferro per gli uomini, e che nonostante questi risultati è ancora quasi identica alla raccomandazione per gli americani di 19-50 anni. Ciò dimostra che la Dieta Med si colloca tra le linee guida raccomandate e che può essere considerata una delle migliori. [13]

ii) Importanza dell'olio d'oliva

D'altra parte, l'olio d'oliva è uno degli elementi essenziali della Dieta Med, poiché il dottor Ramón Estruch ritiene che "l'olio d'oliva sia la chiave della dieta mediterranea". Il consumo di quattro o cinque cucchiaini di olio extravergine di oliva crudo al giorno non solo previene le malattie cardiache, ma anche il deterioramento cognitivo e la depressione. [14]

iii) Stile di vita mediterraneo

Il modello alimentare complessivo della Dieta Med svolge un ruolo aggiuntivo, ad esempio l'alto contenuto di fibre che influisce positivamente sul microbioma, e ancor più la miriade di microcomponenti non grassi. Pertanto, il modello alimentare e la diversità della dieta di per sé presentano una composizione sana ed equilibrata con energia, macro e micronutrienti perfettamente in linea con la maggior parte delle linee guida nutrizionali. Inoltre, i fattori ambientali, socio-culturali e di stile di vita sembrano rappresentare un'ulteriore condizione fondamentale per l'efficacia di questa dieta nell'immunomodulazione. Il cibo coltivato localmente e in modo sostenibile, minimamente lavorato e consumato fresco, preparato a casa, consumato in una piacevole convivialità familiare, il consumo moderato di vino e il riposo dopo il pasto, insieme a una regolare attività fisica: tutti questi fattori sembrano essere necessari affinché la Dieta Mediterranea influisca positivamente sulla salute umana. Inoltre, non va sottovalutato il fatto che le popolazioni mediterranee vivono in ambienti legati al mare, alle coste e alle montagne, che consentono loro di svolgere attività fisica nella vita quotidiana nell'ambito della loro evoluzione storica millenaria. Pertanto, tutti questi fattori devono essere considerati quando si effettuano studi di trasferibilità di questa dieta a persone di tutto il mondo.[15]

B) Linee guida dietetiche spagnole

Lo stile di vita mediterraneo è fondamentale per le linee guida dietetiche spagnole.

Guida agli alimenti

La Spagna utilizza una piramide alimentare con raccomandazioni dietetiche in linea con la tradizionale dieta mediterranea. La piramide alimentare è suddivisa in gruppi di alimenti classificati in tre livelli di consumo: quotidiano (cereali e prodotti integrali, frutta, verdura, olio d'oliva e latticini), settimanale (pesce, pollame, legumi, noci, patate, uova, carne rossa e prodotti a base di carne) e occasionale (dolci, snack e bevande zuccherate).

La piramide (Fig. 6) comprende anche raccomandazioni sull'attività fisica e sugli alimenti da assumere in base al livello di attività fisica.

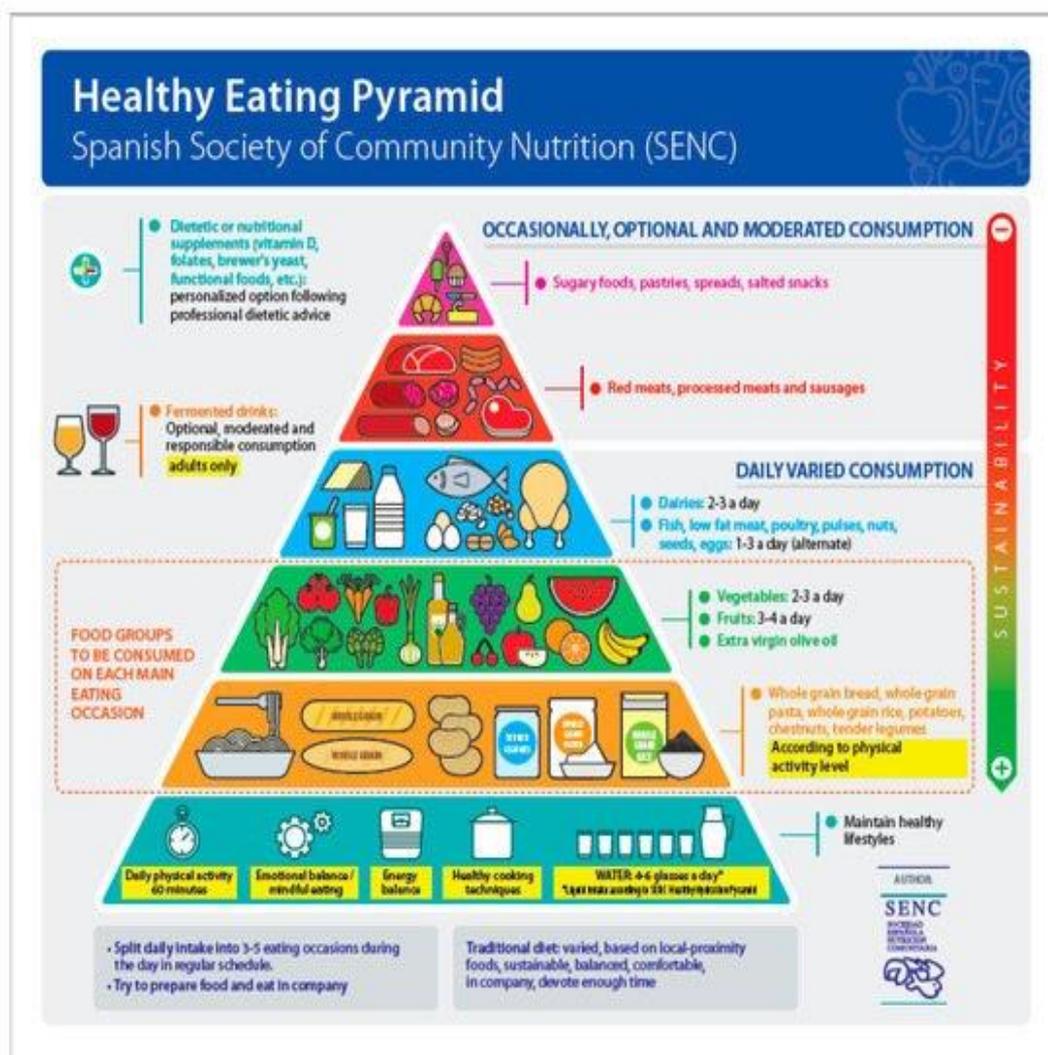


Fig.6 Piramide dell'alimentazione sana. Società spagnola di nutrizione comunitaria (SENC)

Infine, le linee guida spagnole includono i seguenti messaggi:

- Assumere una varietà di alimenti. Dividete la vostra alimentazione quotidiana in cinque o sei piccoli pasti, ad esempio: colazione, spuntino, pranzo, merenda e cena.
- La colazione è un pasto importante nella dieta.
- Mangiare molti cereali, preferibilmente integrali.
- Cercate di mangiare ogni giorno cinque porzioni di frutta e verdura.
- Consumare latte e latticini ogni giorno.
- Mangiate pesce da due a quattro volte alla settimana.
- Mangiate piccole quantità di grassi e alimenti ad alto contenuto di grassi.
- Utilizzate grassi buoni, come gli acidi grassi insaturi (olio d'oliva), gli omega-6 (olio di girasole e di soia) e gli omega-3 (noci, olio di soia e pesce grasso).
- Preferire i carboidrati e gli alimenti ricchi di fibre.
- Limitare l'assunzione di sale a meno di 5 g al giorno.
- L'acqua è la bevanda migliore: bevetene almeno 1,5 litri al giorno.
- Attenzione al peso e mantenersi attivi. Fate attività fisica regolarmente. [16]

D'altra parte, la tabella seguente si concentra sul consumo giornaliero e occasionale di liquidi raccomandato per un adulto medio spagnolo. [17]

Consumo giornaliero	Consumo occasionale
Acqua di rubinetto, minerale o di sorgente con limitato contenuto di sale	Bevande a base di saccarosio
Acqua del rubinetto o minerale a più alto contenuto di sale; niente bibite zuccherate o con fruttosio, bevande non caloriche; tè, caffè o tisane non zuccherati.	Fruttosio o altre bevande zuccherate, gassate o meno.
Bevande con contenuto calorico e di nutrienti interessanti: succhi di frutta freschi, latte o latticini a basso contenuto di grassi e senza zuccheri aggiunti, bevande a base di soia o verdure a basso contenuto di grassi; birra analcolica; bevande sportive, tè, caffè o tisane zuccherate.	Bevande alcoliche
Equilibrio complessivo	10 bicchieri + cibo + bevande

2.4 Iniziative nazionali e locali

La Spagna ha sviluppato molti programmi nazionali e locali per aumentare la consapevolezza del problema dell'obesità e, nella sezione che segue, verranno evidenziati i programmi nazionali e locali più importanti.

a. Campagne nazionali

Nel 2005 il governo spagnolo, l'AESNA (Agenzia Spagnola per la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione) ha avviato la Strategia NAOS (Strategia per la Nutrizione, l'Attività Fisica e la Prevenzione dell'Obesità), che nel 2011 è stata consolidata e promossa dalla Legge 17/2011 del 5 luglio sulla Sicurezza Alimentare e la Nutrizione. Il motto della campagna strategica è "Mangia sano e muoviti!", il cui obiettivo principale era prevenire il sovrappeso e l'obesità e contribuire a modificare lo stile di vita.

Le principali linee d'azione strategiche della Strategia NAOS coprono l'intero ciclo di vita, dando priorità alle misure rivolte ai bambini e agli adolescenti e con particolare attenzione ai bisogni dei gruppi socioeconomici più vulnerabili: [18,19]

Protezione della salute

La Strategia NAOS sviluppa azioni e interventi specifici con approcci comuni, per proteggere la salute in modo più efficace sulla base di evidenze scientifiche, facilitando l'accesso a una dieta varia, equilibrata e più moderata sia in termini di calorie che di contenuto di grassi, zuccheri e sale, promuovendo la riformulazione degli alimenti e fornendo le informazioni più appropriate che facilitino decisioni e scelte più sane nel consumatore, contribuendo a creare ambienti per l'adozione di stili di vita più attivi e riducendo la pressione del marketing alimentare nei bambini attraverso un codice di autoregolamentazione pubblicitaria, il Codice PAOS.[18,19]

Prevenzione e promozione della salute

Tutte le politiche sanitarie europee e globali hanno elaborato raccomandazioni e dichiarazioni in cui si esortano i Paesi a intraprendere azioni di prevenzione, come pietra angolare della risposta globale alle malattie non trasmissibili (MNT) e lungo l'intero ciclo della vita. Per questo motivo, la Strategia NAOS stabilisce linee d'azione e azioni specifiche, globali e multisettoriali che contribuiscono a ridurre il grado di esposizione delle persone e delle popolazioni ai fattori di rischio modificabili (dieta inadeguata e stile di vita sedentario, inattività fisica) e ai loro determinanti fondamentali, cercando sempre alleanze e sforzi comuni e rafforzando così i sistemi sanitari e di sorveglianza, migliorando la prevenzione e il controllo e riducendo l'onere delle malattie non trasmissibili correlate.

Tra le azioni di prevenzione dell'obesità e delle malattie correlate, vengono svolte azioni di sensibilizzazione rivolte a diversi gruppi di popolazione sui benefici di una dieta sana e varia e dell'attività fisica. L'obiettivo è stabilire strategie didattiche di comunicazione e informazione semplici e adeguate che facilitino i cambiamenti negli stili di vita e che la popolazione acquisisca determinate conoscenze che consentano ai consumatori di essere più esigenti nei confronti della propria salute e di fare scelte più appropriate nelle proprie abitudini alimentari e nell'attività fisica. Alcune delle azioni di sensibilizzazione possono essere consultate nelle sezioni Educa NAOS, Campagne e Pubblicazioni.

Vengono inoltre realizzate azioni di informazione e visibilità, come il Convegno NAOS, un forum annuale di aggiornamento e dibattito a cui partecipano esperti di fama, e i Premi della Strategia NAOS, che mirano a riconoscere e dare visibilità alle azioni o ai programmi che contribuiscono alla prevenzione dell'obesità, attraverso la promozione di una dieta sana e la pratica di un'attività fisica regolare, nel quadro della Strategia NAOS. Le azioni di collaborazione multisettoriale attraverso il coordinamento e la cooperazione tra i diversi livelli amministrativi (regionali e locali) sono portate avanti con l'obiettivo di implementare programmi efficaci ai diversi livelli con un'attenzione particolare al cittadino e sostenendo il ruolo dei governi, regionali e locali.

Inoltre, sono stati sviluppati programmi di intervento e buone pratiche nella popolazione, come il Programma Fifty-Fifty, diretto dal Dr. Valentín Fuster, al fine di migliorare globalmente la salute negli adulti modificando le loro abitudini sanitarie attraverso l'educazione tra pari. [20, 21, 22]

Monitoraggio e valutazione

La strategia NAOS prevede l'Osservatorio per lo studio della nutrizione e dell'obesità come sistema di monitoraggio e follow-up per controllare la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione spagnola e i fattori che la determinano, e per valutare l'efficacia delle azioni svolte in quest'area di intervento.

L'Osservatorio è stato formalmente creato con l'accordo del Consiglio dei Ministri in base all'articolo 38 della Legge 17/2011 sulla sicurezza alimentare e la nutrizione ed è stato configurato come un sistema informativo per conoscere la situazione nutrizionale e l'evoluzione dell'obesità nella popolazione. L'Osservatorio si configura come un sistema informativo per conoscere la situazione nutrizionale e l'evoluzione dell'obesità nella popolazione spagnola e come una piattaforma di incontro per tutti gli agenti coinvolti in cui convergono gli obiettivi della Strategia NAOS (promozione di una dieta sana e pratica dell'attività fisica). L'Osservatorio è un organo collegiale, dipendente dal Ministero della Salute, dei Servizi Sociali e dell'Uguaglianza. Il suo presidente è il Dr. Valentín Fuster ed è composto da membri rappresentati dai principali agenti coinvolti in questo settore: Stato, Amministrazioni autonome e locali, società scientifiche, associazioni professionali, associazioni di consumatori, industria alimentare e delle bevande, settore della ristorazione e della distribuzione.

- Il Piano Nazionale per il Controllo Ufficiale della Catena Alimentare (PNCOCA) è il documento che descrive i sistemi di controllo ufficiale lungo l'intera catena alimentare in Spagna, dalla produzione primaria ai punti di vendita al consumatore finale. Il Piano è

completo ed esaustivo e descrive le azioni di controllo ufficiale delle diverse Amministrazioni pubbliche spagnole.

- Il Piano nazionale viene valutato attraverso la preparazione di un **rapporto annuale** sui risultati dei controlli ufficiali, che viene inviato annualmente alla Commissione europea e alle Cortes Generales.
- Raccomandazioni di attività fisica per la salute e la riduzione dello stile di vita sedentario nella popolazione (include raccomandazioni nella popolazione da 0 a 17 anni). Strategia per la promozione della salute e la prevenzione nel sistema sanitario nazionale (2015) del MSSSI. Assunti dalla Strategia NAOS nel 2015
- PIANO DI COLLABORAZIONE per il miglioramento della composizione di alimenti e bevande e altre misure 2020
- Campagne per l'alimentazione e l'attività fisica (vedi sotto per l'esempio del 2018)
- La **Giornata Nazionale della Nutrizione (DNN)** si celebra il 28 maggio ed è un'iniziativa organizzata annualmente dalla Federazione Spagnola delle Società di Nutrizione, Alimentazione e Dietetica (FESNAD), in collaborazione con l'Agenzia Spagnola per il Consumo, la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione (AECOSAN), in cui si ricorda l'importanza di mantenere abitudini di vita. Il motto scelto per la XVII edizione della Giornata Nazionale della Nutrizione è stato "**Legumi: La tua opzione sana tutto l'anno**", per informare tutta la popolazione spagnola dell'importanza di incorporare questo alimento nella dieta settimanale di adulti e bambini in tutte le stagioni dell'anno.
- **Premi** - Il 14 luglio 2022 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dello Stato n. 168 il bando per la XVI edizione dei Premi Strategici NAOS, edizione 2022, con risoluzione del 6 luglio 2022 dell'Agenzia spagnola per la sicurezza alimentare e la nutrizione del Ministero del consumo.[23, 24, 25].

b. Campagne locali

La Fondazione Gasol

La Fondazione Gasol è stata fondata nel 2013 dai fratelli Pau e Marc Gasol, campioni NBA. Originari della Spagna, i Gasol si sono imposti alla ribalta nazionale e internazionale sia per i loro risultati sportivi che per la loro dedizione alla filantropia. Fin da piccoli hanno condiviso la passione per la salute dei bambini, ispirati dai loro genitori che lavoravano entrambi nel campo della medicina.

Riconoscendo che l'obesità infantile è una delle maggiori sfide che oggi minacciano la salute dei bambini, Paul e Marc hanno promesso di combattere la pandemia di obesità infantile sfruttando le loro piattaforme, le loro relazioni e le loro risorse finanziarie per fornire al maggior numero possibile di bambini le conoscenze e gli strumenti necessari per entrare nell'età adulta fisicamente e mentalmente equipaggiati per vivere una vita sana, produttiva e di successo. [26]

Gli studi della Fondazione Gasol includono:

- Lo studio PASOS 2019, guidato dalla Fondazione Gasol, valuta il livello di attività fisica, la sedentarietà, gli stili di vita e l'obesità della popolazione infantile tra gli 8 e i 16 anni. L'iniziativa nasce dall'esigenza di disporre di evidenze scientifiche aggiornate sulla realtà dello stato di salute dei minori.
Lo studio è stato condotto attraverso un campione rappresentativo e con metodi oggettivi. In totale hanno partecipato 3.887 minori di 247 centri educativi delle 17 comunità autonome, che sono stati valutati da 13 gruppi di ricerca di tutta la Spagna.
- SantBoiSà è il più grande studio di coorte sull'obesità infantile in Spagna. Il primo studio si è svolto nel 2015 con 160 ragazzi e ragazze di Sant Boi de Llobregat (Barcellona). Nel 2016, il numero totale di partecipanti è aumentato notevolmente fino a 792. E nel 2017, un totale di 854 ragazzi e ragazze hanno partecipato allo studio. La continuità nel tempo

dello studio SantBoiSà ci permette di conoscere l'evoluzione delle abitudini di vita sane e dello stato ponderale dei minori, coprendo così una mancanza di evidenze scientifiche nel nostro ambiente sull'associazione tra abitudini di vita sane e stato ponderale in questa fascia d'età. [27,28]

Ringraziamenti

Gli autori desiderano riconoscere l'inestimabile supporto e aiuto nella raccolta dei dati e nella correzione delle bozze da parte di **Aina McFarland** (Università di Nottingham, Regno Unito).

Riferimenti

- [1] Tedros, M. "Giornata mondiale dell'obesità 2022", in <https://www.worldobesityday.org/>.
- [2] Organizzazione Mondiale della Sanità. "Spagna", 2022 su <https://www.who.int/about/governance/constitution>.
- [3] Eurostat 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/overview>.
- [4] Osservatorio globale dell'obesità "Prevalenza dell'obesità" 2022 su https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence.
- [5] Ross, R., Neeland, I.J., Yamashita, S. et al. "La circonferenza vita come segno vitale nella pratica clinica: una dichiarazione di consenso del gruppo di lavoro IAS e ICCR sull'obesità viscerale". *Nat Rev Endocrinol* 2020, 16:177-189, in <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0310-7>.
- [6] Mouzo, J. "L'80% degli uomini e il 55% delle donne in Spagna saranno in sovrappeso entro il 2030: studio", *El País*, Barcellona, 2019 at https://english.elpais.com/elpais/2019/01/10/inenglish/1547131751_501777.html.
- [7] Osservatorio globale dell'obesità "Atlante dell'obesità 2022", Spagna, 2022 su <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=15#ES>.
- [8] Hernáez, A; Zomeño, M; Décano, I; Pérez-Fernández, S; Goday, A; Vila, J; Civeira, F; Moure, R; Marrugat, J, "Eccesso di peso in Spagna: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System" *Spanish Cardiology Journal*, 2019, 72:916-924, in <https://www.revespcardiol.org/es-exceso-peso-espana-situacion-actual-articulo-S0300893218303877>.
- [9] Janssen F, Bardoutsos A, Vidra N: "Obesity Prevalence in the Long-Term Future in 18 European Countries and in the USA", *Obes Facts* 2020; 13:514-527. doi: 10.1159/000511023.
- [10] Benítez, AM; Sánchez, S; Bermejo, ML; Franco, L; García-Herraiz, MA; Cubero, J; "Analisi del rischio di soffrire di disturbi alimentari in giovani studenti universitari dell'Estremadura (Spagna)". Badajoz, Spagna, 2019 a https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/en_1695-6141-eg-18-54-124.pdf.
- [11] Numero di casi di anoressia nervosa o bulimia registrati in Spagna dal 2011 al 2020, su <https://www.statista.com/statistics/1192863/number-of-cases-of-anorexia-nervosa-or-bulimia-spain/>.
- [12] Landsverk, G. "La dieta mediterranea si è classificata come migliore dieta dell'anno per 5th volte" *Insider*, 2022 su <https://www.insider.com/mediterranean-diet-ranks-healthiest-way-to-eat-for-5th-year-2021-12>.
- [13] Hinzey, E. "Una guida alla dieta mediterranea", *US News*, 2022, <https://health.usnews.com/best-diet/mediterranean-diet>.

- [14] "L'olio d'oliva è la chiave della dieta mediterranea", Forum Gastronomico di Barcellona, 2022, <https://www.qcom.es/alimentacion/olive-oils-from-spain/olive-oil-is-the-key-to-the-mediterranean-diet-25836-2727-27946-0-1-in.html>.
- [15] Mazzocchi A, Leone L, Agostoni C, Pali-Schöll I. I segreti della dieta mediterranea. Conta [solo] l'olio d'oliva? *Nutrients*. 2019; 11(12):2941. doi: 10.3390/nu11122941. PMID: 31817038; PMCID: PMC6949890.
- [16] Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura - "Food based dietary Guidelines-Spain", 2022, <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/spain/en/>.
- [17] Castillo, D; Iriondo-DeHond, A. "I principi di una dieta sana", Future Learn, 2022 in <https://www.futurelearn.com/info/courses/nutrition-for-health/0/steps/213595>.
- [18] Premi Naos 2022 a https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/Premios_NAOS_2022.htm.
- [19] Premi Naos 2022 a https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020.pdf.
- [20] "Prevenire le malattie non trasmissibili", Organizzazione Mondiale della Sanità, 2022, <https://www.who.int/activities/preventing-noncommunicable-diseases>.
- [21] Neira M, de Onis M. La strategia spagnola per l'alimentazione, l'attività fisica e la prevenzione dell'obesità. *Br J Nutr*. 2006; 96(Suppl 1):S8-11. doi: 10.1079/bjn20061690. PMID: 16923257.
- [22] "Epidemiologia dell'obesità in Spagna. Dietary Guidelines and Strategies for Prevention", *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 2006, https://www.researchgate.net/publication/6560187_Epidemiology_of_Obesity_in_Spain_Dietary_Guidelines_and_Strategies_for_Prevention.
- [23] "Più persone con disturbi alimentari dopo la pandemia", In Spain News, 2021 a <https://inspain.news/more-people-with-eating-disorders-in-spain-since-the-pandemic/>.
- [24] Gómez-Donoso C, Martínez-González MA, Martínez JA, Sayón-Orea C, de la Fuente-Arrillaga C, Bes-Rastrollo M. "Adherence to dietary guidelines for the Spanish population and risk of overweight/obesity in the SUN cohort". *PLoS ONE*, 2019; 14(12): e0226565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226565>.
- [25] "Aumento della prevalenza dei disturbi alimentari osservato durante la pandemia Covid-19", *Clinical Trials Arena*, 2022 at <https://www.clinicaltrialsarena.com/comment/increased-prevalence-eating-disorders/>.
- [26] Fondazione Gasol su <https://www.gasolfoundation.org/>.
- [27] Studio Sant Boisa su <https://www.gasolfoundation.org/santboisa-study/>.
- [28] Fondazione Gasol su <https://www.gasolfoundation.org/energy-educating-nutrition-exercise-rest-and-goodness-to-youth/>.

3. Rapporto locale lituano - Iniziative nazionali per una sana alimentazione

Aelita Skarbalienė

Università di Klaipeda

Klaipeda, Lituania

aelita.skarbaliene@ku.lt

César Agostinis - Sobrinho

Università di Klaipeda

Klaipeda, Lituania

cesaragostinis@hotmail.com

Abstract. *Negli ultimi anni sono stati osservati significativi cambiamenti positivi nell'organizzazione dell'alimentazione dei bambini. In Lituania è stato creato un quadro giuridico per una migliore alimentazione per la salute dei bambini. I principali atti legislativi nazionali - la Legge alimentare della Repubblica di Lituania, la Legge sull'assistenza sanitaria pubblica e la Legge sul sostegno sociale agli alunni - regolano l'alimentazione dei bambini e la sicurezza alimentare. Esistono anche forti iniziative da parte di organizzazioni non governative.*

3.1 Introduzione

Il numero di adulti in sovrappeso e obesi è in aumento sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo e il problema rimane una sfida importante per la salute pubblica in tutto il mondo, compresa la Lituania [1].

Secondo uno studio condotto dal Centro per l'educazione alla salute e la prevenzione delle malattie in Lituania, il 35,7% della popolazione adulta (19-64 anni) e il 40,7% della popolazione anziana (65-75 anni) erano in sovrappeso, e quasi un adulto su cinque e un anziano su tre erano obesi. [2]. Secondo uno studio coordinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), l'11% dei bambini lituani di sette anni era in sovrappeso e il 5% era obeso [3]. Secondo le previsioni sulla prevalenza dell'obesità in Europa nel 2025, gli uomini lituani saranno tra i più obesi (al terzo posto, dopo Irlanda e Regno Unito) [4].

Il peso corporeo dipende da molti fattori genetici, di stile di vita e ambientali. Si dice che la società moderna viva in un ambiente favorevole alla diffusione dell'obesità. La globalizzazione del sistema alimentare è considerata una delle cause principali dell'epidemia di obesità [5]. L'industria alimentare fornisce un gran numero di prodotti trasformati ad alto contenuto energetico, ricchi di grassi, zuccheri e sale e poveri di fibre alimentari, con conseguente aumento dell'assunzione di cibo [6]. Nel frattempo, l'energia viene utilizzata sempre meno. Il lavoro fisico pesante si è ridotto perché molti processi produttivi sono stati meccanizzati e automatizzati [7]. Gli spostamenti da e per il lavoro sono sempre più frequenti in auto. L'attività fisica è aumentata poco durante il tempo libero, poiché le persone trascorrono molto tempo davanti alla TV o al computer [8].

In Lituania, durante la visita sanitaria annuale preventiva obbligatoria, il medico di famiglia o il pediatra misura l'altezza e il peso del bambino, registra i risultati nel Certificato di salute del bambino, calcola il valore numerico dell'indice di massa corporea (IMC) e segna uno dei valori dell'IMC nel Certificato di salute del bambino: peso normale, sottopeso, sovrappeso o obesità. Nel 2017, 274.227 bambini sono stati sottoposti a esami sanitari, il 9,2% (25.222) non ha

avuto una valutazione dell'IMC. Nella valutazione dei bambini di età compresa tra i 7 e i 17 anni, il cui IMC è stato valutato da uno specialista durante una visita preventiva (249.005 bambini), il 67,5% di loro era normopeso, il 15,41% era in sovrappeso e il 6,18% era obeso. Il 10,91% dei bambini è risultato sottopeso. Valutando i risultati della valutazione dell'IMC 2017 nei gruppi di ragazze e ragazzi, non sono state osservate differenze significative [9].

Nel 2000-2002 sono stati esaminati più di 9000 scolari di età compresa tra i 7 e i 18 anni nelle 5 città più grandi e negli insediamenti circostanti della Lituania. Questi dati sono stati confrontati con quelli del 1985. La prevalenza di sovrappeso e obesità è stata stimata utilizzando i punti di cut-off dell'International Obesity Task Force (IOTF). La prevalenza del sovrappeso nei bambini e negli adolescenti lituani era più alta tra i giovani scolari rispetto agli adolescenti più grandi. Il sovrappeso era più basso tra le ragazze più grandi rispetto ai ragazzi più grandi: 4,60%-11,50%/4,80%-13,62% nelle ragazze/ragazzi di 7-13 anni, contro 1,50%-6,60%/3,90%-9,50% nelle ragazze/ragazzi di 14-18 anni. La prevalenza del sovrappeso tra gli adolescenti lituani più giovani non è cambiata in modo significativo negli ultimi 15 anni, ma è leggermente diminuita nei ragazzi più grandi e si è ridotta in modo evidente nelle ragazze adolescenti più grandi. In generale, la prevalenza del sovrappeso tra gli adolescenti lituani è bassa se confrontata con la prevalenza del sovrappeso nei bambini di altri Paesi [10].

3.2 Organizzazione della nutrizione per bambini e adolescenti in Lituania

Negli ultimi anni sono stati osservati significativi cambiamenti positivi nell'organizzazione dell'alimentazione dei bambini. In Lituania è stato creato un quadro giuridico per una migliore alimentazione per la salute dei bambini. I principali atti legislativi nazionali - la Legge alimentare della Repubblica di Lituania, la Legge sull'assistenza sanitaria pubblica e la Legge sul sostegno sociale agli alunni - regolano l'alimentazione dei bambini e la sicurezza alimentare.

Nel 2011, su ordine del Ministro della Salute della Repubblica di Lituania, è stata approvata la "Descrizione della procedura per l'organizzazione dei pasti dei bambini", sono state approvate una serie di raccomandazioni sui temi della nutrizione infantile, il Ministero dell'Agricoltura ha coordinato il programma "Promozione del consumo di frutta e verdura, latte e prodotti lattiero-caseari negli istituti scolastici per bambini", per la cui attuazione è previsto il sostegno finanziario dell'Unione Europea. È previsto anche un sostegno per la promozione del consumo di prodotti biologici e di prodotti coltivati secondo i sistemi nazionali di qualità agricola e alimentare negli istituti scolastici.

Tuttavia, a prescindere dai cambiamenti positivi, i dati di uno studio sulle abitudini alimentari degli scolari (coordinato dall'Istituto di Igiene), condotto nel 2016 e nel 2020, mostrano che solo un alunno lituano su due fa colazione ogni giorno e la situazione non è migliorata in quattro anni. È stata inoltre osservata una scarsa assunzione di verdura e frutta tra questa popolazione, e la situazione è peggiorata nel corso dello studio. Solo uno studente su tre consumava quotidianamente verdura (32,3%) e frutta (34,7%). I dati hanno mostrato che le ragazze consumano verdura e frutta più spesso dei ragazzi. In questo studio, anche l'età ha influenzato le abitudini di consumo di verdura e frutta: gli studenti più grandi consumavano frutta meno frequentemente di quelli più giovani.

Nel 2019-2020, i dati dello studio "Nutrition habits, actual nutrition and physical activity habits of school-age children" condotto dal Centro per l'Educazione alla Salute e la Prevenzione delle Malattie mostrano che, indipendentemente dall'età, un bambino su cinque consuma quotidianamente (una o più volte al giorno) prodotti non salutari - patatine, mais e altre patatine, altri prodotti cotti nel grasso, arrostiti o scoppiati.

Per migliorare l'alimentazione dei bambini in Lituania collaborano diverse istituzioni, tra cui la Commissione per gli Affari Sanitari del Parlamento Lituano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, della Scienza e dello Sport, il Ministero dell'Agricoltura, il Servizio Alimentare e Veterinario Statale, l'Istituto di Igiene, il Centro per l'Educazione alla Salute e la

Prevenzione delle Malattie, l'Associazione dei Comuni Lituani, gli Uffici di Sanità Pubblica dei Comuni, le Istituzioni scolastiche, il Forum dei Genitori Lituano, la Società Lituana dei Dietisti, l'Associazione dei Dietisti, l'Associazione dei Capi Cuochi e Pasticceri, ecc.

3.3 Iniziative del Ministero della Sanità per migliorare i comportamenti alimentari sani e l'attività fisica nei bambini e negli adolescenti

È stato condotto uno studio sull'alimentazione e l'attività fisica nei bambini in età scolare. In questo studio, l'assunzione di verdure è risultata simile a quella di frutta e bacche: solo due terzi dei bambini le consumano quotidianamente (una e più volte al giorno) e quasi un terzo consuma solo verdure e frutta e bacche solo alcune volte alla settimana. Sebbene si sia registrata una leggera diminuzione del consumo di dolci, il 39,3% dei bambini li consuma ancora quotidianamente (una e più volte al giorno) e solo uno su cinque li mangia molto raramente - più volte al mese. Indipendentemente dall'età dei bambini, un bambino su quattro beve quotidianamente (una e più volte al giorno) bevande gassate e/o dolci di vario tipo e solo il 41,9% le consuma poco o molto raramente (più volte al mese) o non le consuma.

Per migliorare efficacemente l'alimentazione dei bambini nei gruppi organizzati, è stata preparata una descrizione della procedura per l'organizzazione dell'alimentazione dei bambini. Essa stabilisce che i bambini devono ricevere solo alimenti freschi (prodotti il giorno stesso), di alta qualità e sani durante la permanenza negli istituti scolastici. È vietato fornire ai bambini cibi e bevande grassi, dolci, ad alto contenuto di sale e altri alimenti di scarso valore e non salutari, tra cui caffè e prodotti contenenti alcuni additivi alimentari e OGM. È stato riscontrato che i bambini ricevono molta verdura e frutta fresca, pane integrale e altri alimenti sani. Nella fornitura di cibo agli istituti scolastici per bambini, viene data priorità ai prodotti provenienti da aziende agricole biologiche, ai produttori di prodotti di qualità eccezionale e ai prodotti che soddisfano i criteri dell'etichetta "Keyhole". Sono stati nominati osservatori locali (specialisti della sanità pubblica o altre persone autorizzate nell'istituto scolastico) per supervisionare l'attuazione di questa procedura, nonché il controllo esterno effettuato dal Servizio alimentare e veterinario statale.

Affinché i bambini comprendano meglio il significato e i benefici di una dieta e di uno stile di vita sani, il Ministero della Salute ha aiutato il Ministero dell'Istruzione e della Scienza a sviluppare un "Curriculum generale per l'educazione alla salute" nelle istituzioni che attuano programmi di istruzione generale. L'obiettivo è garantire il successo dello sviluppo della salute dei bambini a scuola. Gran parte di questo programma è dedicato allo sviluppo dell'alimentazione e di uno stile di vita sano.

In coordinamento con il Ministero dell'Agricoltura, è in corso un programma per promuovere il consumo di frutta e verdura e di latte e prodotti lattiero-caseari negli istituti scolastici per bambini, al fine di formare abitudini alimentari sane e migliorare la nutrizione dei bambini. Durante questo programma, frutta e verdura, succhi di frutta, latte e prodotti lattiero-caseari vengono forniti gratuitamente ai bambini più piccoli negli istituti scolastici [11].

3.4 Raccomandazioni del Consiglio Nazionale della Sanità per un sistema di alimentazione più favorevole alla salute dei bambini in Lituania

Suggerimenti e raccomandazioni del Consiglio Nazionale della Sanità per un'alimentazione efficace e di qualità di bambini e adolescenti:

- incoraggiare i produttori alimentari a modificare la composizione dei prodotti alimentari, a produrre con meno sale, zucchero e grassi saturi.

- ampliare il numero di bambini che ricevono pasti gratuiti negli istituti di istruzione generale. Aumentare il volume dei programmi attuati dal Ministero dell'Agricoltura per fornire a un maggior numero di bambini e adolescenti frutta e verdura.
- incoraggiare i fornitori, i produttori e gli enti coinvolti nell'organizzazione di pasti per bambini e adolescenti a creare condizioni più favorevoli per l'organizzazione di pasti per bambini. Promuovere la realizzazione di filiere alimentari corte. Promuovere l'aumento del volume dei prodotti coltivati in conformità ai sistemi nazionali di qualità agricola e alimentare. Promuovere l'aumento della produzione e dell'offerta di prodotti biologici.
- rivedere e integrare il catalogo dei prodotti alimentari forniti agli istituti scolastici, aumentando la possibilità di acquistare prodotti biologici.
- prestare attenzione alla qualità dei prodotti alimentari offerti agli istituti scolastici, al rispetto delle norme stabilite dalla legislazione, al controllo dei fornitori.
- una proposta al Ministero della Salute, insieme al Ministero dell'Educazione, della Scienza e dello Sport, per adeguare le norme igieniche lituane "Scuola che attua programmi di istruzione generale. Requisiti generali di salute e sicurezza", che prevedono l'orario e la durata delle pause, per garantire l'orario e la durata ottimali dei pasti.
- di regolamentare chi può preparare menu prospettici, giornalieri e personalizzati per bambini e adolescenti. Si raccomanda di affidare l'incarico a dietisti, specialisti con una formazione nel campo degli studi sulla nutrizione;
- adeguare la legislazione che regola l'abilitazione dei dietisti, perché secondo la normativa attualmente in vigore, i dietisti non possono lavorare negli istituti scolastici e/o negli uffici di sanità pubblica. Tuttavia, secondo le buone pratiche dei comuni, i dietisti negli istituti scolastici e negli uffici di sanità pubblica sono necessari quando svolgono le funzioni di organizzazione alimentare o la sua supervisione.
- per valutare l'impatto dei programmi di promozione del consumo di frutta e verdura, latte e prodotti lattiero-caseari sui tassi giornalieri di nutrienti ed energia raccomandati per i bambini.
- impegnarsi per un coinvolgimento più efficace delle comunità degli istituti scolastici, risolvere i problemi legati all'organizzazione dei pasti e aumentare la disponibilità e l'offerta di un'alimentazione sana.
- consentire alle comunità degli istituti scolastici di prendere decisioni in merito all'organizzazione dei pasti e all'acquisto di prodotti alimentari.
- consentire e fornire assistenza metodologica ai responsabili degli istituti scolastici, organizzando le procedure di selezione e supervisione dei fornitori di prodotti e/o servizi alimentari, garantendo i massimi standard qualitativi delle attività di prodotti e fornitori alimentari.
- regolare le responsabilità tra i settori. Valutare le peculiarità dell'alimentazione dei bambini nelle municipalità, le sfide dell'organizzazione dei pasti (infrastrutture, personale, attecchimento, ecc.) e risolvere in modo globale i problemi dell'organizzazione dei pasti, migliorando le abitudini alimentari dei bambini, gli sprechi alimentari, implementando il sistema di buffet nelle istituzioni scolastiche municipali, indipendentemente dai loro subordinati. Coinvolgere i genitori, le organizzazioni non governative, la sanità, l'istruzione e altri settori nei processi decisionali.
- cercare una più stretta collaborazione tra gli istituti scolastici, le loro amministrazioni, gli uffici di assistenza sanitaria pubblica, i servizi alimentari e veterinari per risolvere i problemi di non conformità.
- diffondere esempi di buone pratiche, svolgere attività di educazione e formazione di genitori, studenti ed enti coinvolti nell'organizzazione dei pasti in materia di alimentazione per bambini e adolescenti.
- regolamentare i requisiti di qualificazione delle persone che preparano i cibi negli istituti scolastici, organizzare il miglioramento delle qualifiche.

- incoraggiare i produttori a garantire i massimi standard qualitativi dei prodotti alimentari forniti a bambini e adolescenti.
- per garantire la conformità ai requisiti dei prodotti alimentari forniti agli istituti scolastici.
- incoraggiare i coltivatori e i produttori a fornire prodotti biologici agli istituti scolastici, di assistenza sociale e ad altre istituzioni che forniscono pasti a bambini e adolescenti.
- organizzare il miglioramento delle competenze e delle qualifiche degli enti che partecipano al processo di alimentazione di bambini e adolescenti.

3.5 Raccomandazioni degli specialisti lituani di salute pubblica

Le ricerche dimostrano che le abitudini alimentari di bambini e adolescenti non sono adeguate: consumano troppi dolci, patate e altre patatine e consumano poca verdura e frutta.

Affinché l'alimentazione di bambini e adolescenti sia sana ed equilibrata, è necessario prestare attenzione ai principi fondamentali di una sana alimentazione. I tre principi più importanti di una dieta sana si distinguono in: moderazione, varietà ed equilibrio. Insieme formano un sistema completo e sono molto importanti per una dieta sana.

Gli specialisti della salute pubblica raccomandano che i bambini e gli adolescenti:

- Consumare più volte al giorno verdura e frutta, soprattutto quella fresca. Si raccomanda di consumare almeno 400 g di frutta e verdura, escluse le patate.
- Consumate pane, cereali e pasta integrali più volte al giorno. Sono poveri di grassi e ricchi di altri preziosi nutrienti. Oltre all'energia, questi prodotti forniscono all'organismo proteine, fibre, minerali (ad esempio, K, Ca, Mg) e vitamine (C, B6, acido folico, carotenoidi).
- Mangiare carne magra, legumi, pesce e pollame. Legumi, noci, carne, pollame e uova forniscono proteine e ferro all'organismo di bambini e adolescenti. Sono preziose non solo le proteine animali, ma anche quelle vegetali ottenute da legumi e cereali.
- Utilizzare latte scremato e prodotti lattiero-caseari scremati. Il latte e i prodotti lattiero-caseari sono una fonte di proteine e di alcune vitamine e minerali. Questi prodotti contengono molto calcio, che è particolarmente utile per i bambini e gli adolescenti di tutte le età che lo assumono con l'alimentazione. Il calcio è necessario per la formazione e la crescita delle ossa e dei denti dei bambini.
- Si consigliano prodotti alimentari a basso contenuto di zucchero; bevande dolci, caramelle e dolciumi dovrebbero essere consumati solo raramente e poco. Gli alimenti ad alto contenuto di carboidrati semplici (zucchero, glucosio, fruttosio, maltosio, sciroppo di mais, ecc.) di solito hanno pochi altri nutrienti preziosi, quindi possono essere solo una fonte di energia. Il consumo di zucchero è considerato un fattore di rischio per la carie se l'igiene orale è scarsa.
- Mangiare cibi non salati. La quantità totale di sale negli alimenti, compresa l'assunzione di cibo, non dovrebbe superare i 4-5 grammi al giorno. È consigliabile utilizzare solo sale iodato.
- Bere una quantità sufficiente di liquidi. È molto importante che il corpo riceva una quantità sufficiente di liquidi durante il giorno. Una parte dei liquidi viene assunta con il cibo, ma per compensare l'acqua persa è necessario bere circa 1,2-2 litri al giorno, a seconda dell'età del bambino/adolescente. Più il bambino è piccolo, maggiore è il fabbisogno fisiologico di acqua per chilogrammo di peso corporeo al giorno. Ai bambini e agli adolescenti si raccomanda di bere acqua potabile, mineralizzata o acqua minerale naturale debolmente mineralizzata [12].

3.6 Iniziative non governative

Ci sono anche forti iniziative da parte di organizzazioni non governative. I rappresentanti delle organizzazioni non governative organizzano campi di sana alimentazione e attività fisica per gli

adolescenti, spiegano i principi di una sana alimentazione e creano ricette per una sana alimentazione per bambini e adolescenti. Aggiorna i consigli sul contenuto dei cestini per il pranzo all'inizio dell'anno scolastico. Alcune delle raccomandazioni sono discusse in dettaglio più avanti in questa sottosezione.

10 principi di una sana alimentazione per bambini e adolescenti

1. I pasti dei bambini e degli adolescenti devono essere regolari

Secondo i requisiti stabiliti, i bambini e gli adolescenti devono mangiare regolarmente almeno 3 volte al giorno (meglio ancora se cinque). La colazione e la cena dovrebbero costituire il 20-25% del valore energetico giornaliero, il pranzo il 30-40% e gli spuntini intermedi il 10-15% ciascuno. I bambini e gli adolescenti devono essere alimentati almeno ogni 3,5 ore, poiché è necessario mantenere costante il livello di zucchero nel sangue e conservare l'energia. Solo mantenendo costante il livello di zucchero nel sangue non ci saranno picchi di energia, il bambino si sentirà energico e non mangerà troppo durante il pasto successivo.

2. La dieta dei bambini e degli adolescenti deve essere varia

Ogni giorno i genitori devono servire ai loro figli piatti diversi, ma non possono essere, ad esempio, patate lesse, patate fritte, piatti di patate e purè di patate. Devono essere alimenti diversi. Solo in questo modo si garantisce all'organismo in crescita il fabbisogno di tutti i preziosi nutrienti.

Se parliamo di un contorno o di un porridge per la colazione, ogni giorno possono esserci diverse culture di cereali: semole d'orzo, grano saraceno, riso non brillato, semole di miglio, porridge di mais, ecc. Anche i contorni di verdure possono essere diversi, a partire dalle carote e dalle barbabietole, non solo dalle patate.

Un pranzo caldo dovrebbe essere composto da prodotti ad alto contenuto proteico (carne, pollame, pesce, uova, legumi, latte e latticini) e da prodotti ricchi di carboidrati. Le verdure o la frutta o la loro insalata dovrebbero essere servite con un pasto caldo. Per la colazione, la scelta più adatta è quella di cereali integrali, frutta e bacche. Anche per la cena è necessario considerare le proporzioni degli alimenti nel piatto. Dominano le verdure, i carboidrati completi e gli alimenti ricchi di proteine, cioè legumi, verdure, cereali, uova e latticini. Gli spuntini intermedi completi sono costituiti da noci, semi, prodotti a base di cereali, verdure e frutta.

3. L'alimentazione dei bambini e degli adolescenti deve essere equilibrata

In conformità con gli standard nutrizionali raccomandati per bambini e adolescenti redatti dal Ministero della Salute, i bambini e gli adolescenti devono ricevere una quantità sufficiente di carboidrati, proteine, grassi, vitamine e minerali.

Qual è la differenza tra alimenti sani e non sani? La quantità di carboidrati, proteine e grassi può essere la stessa, ma le vitamine, i minerali e le sostanze fibrose, gli acidi grassi sono molto di più in un piatto sano. I carboidrati nella dieta quotidiana dovrebbero contenere il 45-60% (di cui gli zuccheri non superano il 10%), le proteine il 10-20%, i grassi il 25-40% (di cui gli acidi grassi saturi fino al 10% e gli isomeri trans degli acidi grassi non dovrebbero essere presenti).

Naturalmente, una dieta equilibrata non deve contenere prodotti alimentari non salutari, che sono vietati secondo la descrizione dell'alimentazione dei bambini non solo nelle istituzioni scolastiche, ma anche a casa.

Solo un'alimentazione equilibrata garantisce un senso di sazietà, soddisfa tutti i bisogni dell'organismo in crescita e il bambino/adolescente cresce sano.

4. La dieta dei bambini e degli adolescenti deve essere moderata

I bambini/adolescenti hanno un senso innato della fame e della moderazione. Se gli adulti non li costringono a mangiare tutto quello che c'è nel piatto, i bambini hanno un buon senso della quantità di cibo necessaria. Tuttavia, è molto più difficile percepire la moderazione quando si mangiano cibi poco sani, ricchi di zuccheri raffinati, sale, grassi raffinati e poveri di fibre. Molti genitori hanno notato che un sacchetto di caramelle contenenti fino a 90 g di zucchero può essere mangiato dai loro figli in un istante. Si tratta di trucchi dell'industria alimentare. Per

evitare tutto questo, bisogna dare ai bambini e agli adolescenti l'opportunità di mangiare solo cibi sani. È necessario sensibilizzarli. Ad esempio, analizzando la composizione dei prodotti alimentari insieme agli adulti e spiegando perché si dovrebbero preferire i prodotti più sani. Naturalmente, la moderazione è necessaria anche quando si mangiano alimenti sani. Per esempio, se si mangia un chilo di mele, si può avere indigestione, flatulenza, ecc. Il fabbisogno di nutrienti dipende dall'età, dal sesso e dall'attività fisica del bambino.

5. Gli alimenti per bambini e adolescenti dovrebbero contenere meno sale

Nella scelta dei prodotti alimentari, uno dei criteri principali è la quantità di sale. Non deve superare 1 g/100 g di prodotto. Si stima che i prodotti che consumiamo quotidianamente (verdura, frutta, pesce, cereali) contengano circa 2-5 g di sale. Non solo, ma consumiamo anche alimenti con sale aggiunto. Ad esempio, mangiare 100 g di salsiccia affumicata contiene circa 4-5 g di sale.

Gli abitanti della Lituania consumano quasi il doppio del sale necessario. È necessario abituarsi a consumare meno sale fin da piccoli, perché l'eccesso di sale è anche uno dei fattori che non solo è sfavorevole alla salute, ma distrugge anche la percezione innata del gusto naturale. Si consiglia di prendere una saliera da tavola e di condire i cibi con erbe e spezie salutari.

6. Gli alimenti per bambini e adolescenti dovrebbero contenere meno zucchero

I pasti per bambini/adolescenti non dovrebbero contenere più di 5 g/100 g di zuccheri aggiunti, preferibilmente fino a 3 g/100 g. Quando si acquistano alimenti confezionati, si consiglia di evitare quelli la cui etichetta riporta che il primo ingrediente è lo zucchero e la cui dichiarazione nutrizionale riporta che il contenuto di zucchero è superiore a 10 g/100 g di prodotto.

Perché l'eccesso di zuccheri aggiunti fa male e perché non dovrebbe costituire più del 5% delle calorie totali? Mangiare troppi dolci fa sì che il pancreas produca più insulina, che aiuta l'aminoacido triptofano a entrare nel cervello. In essi, la sostanza citata viene convertita nel cosiddetto ormone della felicità, la serotonina. Questa sostanza alza l'umore, ma troppa serotonina può danneggiare il sistema endocrino, aumentare il rischio di sviluppare malattie croniche, il sistema immunitario diventa squilibrato e l'organismo non riceve vitamine e minerali con lo zucchero, ma li preleva solo dal corpo.

Quando parliamo di zuccheri aggiunti, non ci riferiamo alla dolcezza naturale (ad esempio, mela, uva). Stiamo parlando di zucchero raffinato, di canna, bianco e non raffinato, così come di miele, acero, sciroppo di fruttosio, ecc. Si differenziano solo per l'intensità delle tecnologie di lavorazione e per il valore nutrizionale.

Ad esempio, lo zucchero raffinato ha solo calorie: 100 g di zucchero corrispondono a 100 g di carboidrati, di cui 100 g sono zuccheri. Il miele contiene 80 g di zucchero, il che significa che può contenere anche altri preziosi nutrienti. I succhi di frutta appena spremuti sono privi di zuccheri. A differenza della frutta, i livelli di zucchero nel sangue aumentano bruscamente e diminuiscono istantaneamente, poiché la fibra presente nel succo di solito non è presente.

La qualità della vita dipende in larga misura dalla quantità di energia: se è costante o in continua evoluzione. Pertanto, non è consigliabile bere succhi di frutta freschi in grandi quantità. Si consiglia di dare la preferenza ai cocktail a base di frutta, verdura e ortaggi interi. In questo modo si ottiene un bouquet di tutti i preziosi nutrienti.

7. Gli alimenti per bambini e adolescenti dovrebbero contenere meno grassi.

Secondo le raccomandazioni dell'OMS, l'alimentazione dei bambini e degli adolescenti dovrebbe contenere meno grassi saturi (le loro fonti sono la carne grassa e i latticini grassi). Queste sostanze dovrebbero essere sostituite da prodotti contenenti grassi insaturi (noci, pesce, semi, olio di oliva non raffinato spremuto a freddo, olio di colza). Gli isomeri trans degli acidi grassi devono essere evitati.

Pertanto, gli alimenti per bambini/adolescenti non devono contenere prodotti con grassi parzialmente o completamente idrogenati. Vanno evitati gli alimenti arrostiti, saltati in padella, fritti e pastellati. È stato dimostrato che il consumo eccessivo di grassi non salutari è associato a malattie cardiovascolari.

8. Gli alimenti per bambini e adolescenti dovrebbero contenere più fibre

I bambini di appena un anno dovrebbero già ricevere fibre - 8-12,5 g/1.000 kcal. Con il passare degli anni, questo numero deve aumentare e nell'adolescenza raggiungere la quantità giornaliera raccomandata per gli adulti - 25-35 g o circa 12,5 g/1.000 kcal. I bambini dovrebbero assumere più verdura, frutta e cereali. I prodotti a base di farina raffinata con poche o nessuna fibra dovrebbero essere evitati. Si consiglia di sostituirli con colture di cereali a tutti gli effetti, perché si ottengono non solo fibre, che migliorano la digestione, ma anche vitamine e minerali.

9. I pasti per i bambini e gli adolescenti devono essere frugali

Gli alimenti preparati per bambini e adolescenti devono essere di alta qualità. È necessario cercare di preservarne il valore nutrizionale, senza contaminare gli alimenti con sostanze cancerogene. È importante privilegiare un metodo di produzione sostenibile - cottura in acqua, stufatura a vapore, lavorazione a convezione o altro metodo che consenta di preservare il valore nutrizionale del prodotto. Si raccomanda di preparare stufati più spesso, di non bruciare o cuocere troppo gli alimenti: solo così si conservano le sostanze preziose.

10. I bambini e gli adolescenti dovrebbero bere solo acqua

La preferenza va data all'acqua potabile (a temperatura ambiente). L'acqua minerale naturale e di sorgente e le altre bevande devono essere non gassate. L'acqua può essere aromatizzata con frutta, verdura, erbe o i loro prodotti senza aggiunta di zuccheri o additivi alimentari [13].

Prodotti consigliati per il pranzo di bambini e ragazzi: frutta, bacche, verdure, piatti a base di farina (pancake, cupcake, torte), panini e tortillas, frutta secca e prodotti caseari.

- Frutta e bacche fresche: mele, nettarine, pesche, mirtilli, banane, kiwi (tagliati a fette e mangiati con un cucchiaino), mandarini e altra frutta fresca o bacche preferite.

- Frutta e bacche essiccate e liofilizzate: banane, lamponi, mango, uvetta, datteri, prugne, albicocche, fichi. Privilegiare frutta e bacche essiccate biologiche, senza conservanti come l'anidride solforosa o altri additivi alimentari, nonché senza zuccheri aggiunti.

- Verdure fresche: pomodori, cetrioli, carote croccanti, peperoni, foglie di lattuga croccanti e altre verdure. Si possono anche cuocere al vapore broccoli o cavolfiori con un pizzico di sale e un filo d'olio.

- Prodotti in salamoia e in scatola: olive, che possono essere marinate con i vostri ingredienti preferiti, legumi (fagioli, ceci), che possono essere cotti al forno e serviti come chips dolci o salate.

- Altri prodotti: preferite varie noci o semi - girasole, semi di zucca, anacardi, bertolette, pinoli, mandorle, noci non salate tostate o loro miscele o anche burro di noci. Inoltre, vari prodotti caseari: formaggio a pasta dura, bastoncini di formaggio, ricotta e yogurt. Piatti a base di prodotti lattiero-caseari: torta di ricotta, ricotta, tortini di ricotta, ecc. [14].

3.7 Conclusioni

Il sovrappeso e l'obesità hanno assunto proporzioni epidemiche, con oltre 4 milioni di persone che muoiono ogni anno a causa del sovrappeso o dell'obesità. Un tempo considerati un problema solo nei Paesi ad alto reddito, il sovrappeso e l'obesità sono ora drammaticamente in aumento nei Paesi a basso e medio reddito, in particolare nei contesti urbani. In Lituania, il 35,7% della popolazione adulta (19-64 anni) e il 40,7% della popolazione anziana (65-75 anni) erano in sovrappeso e quasi un adulto su cinque e un anziano su tre erano obesi.

Tenendo conto di ciò, sono stati osservati significativi cambiamenti positivi nelle organizzazioni sanitarie dell'alimentazione infantile con lo sviluppo di questioni legali per l'attuazione di comportamenti alimentari sani nei bambini e negli adolescenti, come: la Legge sugli alimenti della Repubblica di Lituania, la Legge sull'assistenza sanitaria pubblica, la Legge sul sostegno sociale per gli alunni - che regolano l'alimentazione dei bambini e la sicurezza alimentare.

Sono state preparate le iniziative del Ministero della Salute per migliorare la qualità dell'alimentazione nei bambini e negli adolescenti (*basate sulla composizione complessiva della dieta, sull'apporto calorico appropriato alle diverse età, sui macronutrienti, sui micronutrienti, sulle dimensioni delle porzioni e sulle scelte alimentari*) ed è stata presentata a livello nazionale una descrizione della procedura per organizzare l'alimentazione infantile. Ad esempio, i bambini devono ricevere solo cibo fresco, di alta qualità e sano quando si trovano in istituti scolastici. Sono vietati gli alimenti di scarso valore e non salutari. È stato riscontrato che i bambini ricevono molta verdura e frutta fresca, pane integrale e altri alimenti sani e sono stati nominati osservatori locali per supervisionare/controllare l'attuazione di questo processo. Inoltre, è stato sviluppato un "Curriculum generale per l'educazione alla salute" nelle istituzioni che attuano programmi di educazione generale, che mira a garantire il successo dello sviluppo della salute dei bambini a scuola (sviluppo della nutrizione e di uno stile di vita sano).

Nonostante gli sforzi compiuti dalle istituzioni nazionali e internazionali, il peso dell'inattività fisica e della cattiva alimentazione è ancora un grave problema di salute pubblica. La prevalenza del sovrappeso nei bambini e negli adolescenti lituani non è cambiata in modo significativo negli ultimi 15 anni, ma è leggermente diminuita nei ragazzi più grandi e si è ridotta in modo evidente nelle ragazze più grandi. In generale, la prevalenza del sovrappeso tra gli adolescenti lituani è bassa se confrontata con la prevalenza del sovrappeso nei bambini di altri Paesi. Tuttavia, gli sforzi per aumentare l'accesso della comunità a cibi sani, promuovere gli sforzi per fornire frutta e verdura in una varietà di ambienti, incoraggiare il consumo di acqua al posto delle bevande zuccherate, nonché garantire che gli enti pubblici, come i programmi di doposcuola, le strutture di assistenza all'infanzia, i centri ricreativi e i luoghi di lavoro del governo locale, attuino politiche e pratiche per promuovere cibi e bevande sane e ridurre o eliminare la disponibilità di alimenti ad alta densità calorica e poveri di nutrienti.

Pertanto, l'attuazione di politiche fiscali e di ordinanze locali volte a scoraggiare il consumo di alimenti e bevande ad alta densità calorica e povere di sostanze nutritive, oltre alla promozione di campagne di marketing sociale e mediatico sull'alimentazione sana e sulla prevenzione dell'obesità infantile, dovrebbe essere un compito quotidiano delle istituzioni associate alla sanità pubblica nazionale e municipale.

Riferimenti

- [1] Raskilienė A. Antsvoris Lietuvos gyventojų populiacijoje: paplitimo pokyčiai, susiję veiksniai ir lėtinių ligų rizika. Tesi di dottorato. Kaunas: 2016.
- [2] Barzda A, Bartkevičiūtė R, Baltušytė I, Stukas R. Public Health 2016; 72 (1): 85-94.
- [3] WijnhovenTM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: indice di massa corporea e livello di sovrappeso tra i bambini di 6-9 anni dall'anno scolastico 2007/2008 all'anno scolastico 2009/2010. BMC Public Health 2014; 14: 806.
- [4] WijnhovenTM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: indice di massa corporea e livello di sovrappeso tra i bambini di 6-9 anni dall'anno scolastico 2007/2008 all'anno scolastico 2009/2010. BMC Public Health 2014; 14: 806.
- [5] Robert CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. Lancet 2015; 385 (9985): 2400-2409.
- [6] Elmadfa I, Meyer A, Nowak V, Hasenegger V, Putz P, Verstraeten R, et al. European Nutrition and Health Report 2009. Forum Nutr 2009; 62: 1-405; Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. L'aumento dell'offerta di energia alimentare come

- motore principale dell'epidemia di obesità: un'analisi globale. Bull World Health Organ 2015; 93 (7): 446-456.
- [7] Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'attività fisica professionale, nel tempo libero e nei trasporti tra gli adulti europei: una revisione sistematica. Int J Behav Nutr Phys Act 2012; 9: 116.
- [8] Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Lithuanian Adult Lifestyle Survey, 2014. Kaunas: Lithuanian Health University of Science, 2015.
- [9] Butkutė, U., Židonienė, I. "Vaikų sveikata". Vilnius: Higienos institutas, 2018] pridėti pav. 2017 m. 7-17 m. amžiaus vaikų KMI įvertinimas.
- [10] Tutkuvienė J. (2007). Indice di massa corporea, prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini e negli adolescenti lituani, 1985-2002. Collegium antropologicum, 31(1), 109-121.
- [11] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaiku>.
- [12] <https://siauliurvsb.lt/2020/06/16/vaiku-sveikatai-palankios-mitybos-rekomendacijos-tevams/>.
- [13] <https://sveikataipalankus.lt/10-sveikatai-palankios-vaiku-mitybos-principu/>.
- [14] <https://sveikataipalankus.lt/ka-ideti-vaikams-i-mokykla-priespieciu-dezutes-planas-ir-receptai/>.

4. Obesità e disturbi alimentari - Rapporto locale dal Portogallo

Anna Carolina Ribeiro¹, Manuela Meireles², Olívia Galvão³, Ana Margarida Machado¹, Diana Silva¹, Juliana Almeida-de-Souza², Vera Ferro-Lebres²

¹Istituto Politecnico di Bragança

²Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança

³Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança (visitatore)

Bragança, Portogallo

annacortezribeiro@gmail.com; manuela.meireles@ipb.pt; oliviagalvao@terra.com.br;
ana.machado@ipb.pt; diana.silva@ipb.pt; julianaalmeida@ipb.pt; vferrolebres@ipb.pt

Abstract. *L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale. In Portogallo, più della metà della popolazione adulta è in sovrappeso e l'obesità ha raggiunto 1,5 milioni di persone di età superiore ai 18 anni. Alla base di questi numeri c'è uno stile di vita squilibrato: abitudini alimentari inadeguate e inattività fisica. Analizzando l'obesità infantile, tutte le regioni portoghesi hanno mostrato una diminuzione della prevalenza del sovrappeso (inclusa l'obesità), sebbene la situazione sia ancora allarmante. Si ritiene che alla base di questa tendenza positiva ci sia l'aumento della politica alimentare e dei programmi nazionali di eccellenza degli ultimi anni. Il Portogallo presenta una propria guida alimentare: Portuguese Food Wheel e linee guida volte a migliorare lo stato nutrizionale della popolazione. Oltre alle politiche pubbliche, come le campagne, la decodifica delle etichette e la riformulazione dei prodotti alimentari, esistono iniziative regionali e locali per promuovere abitudini alimentari sane e uno stile di vita attivo.*

4.1 Introduzione

I livelli di obesità globale sono aumentati negli ultimi quarant'anni, rappresentando uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale. La malattia è correlata a un aumento della morbilità, della mortalità e dei costi correlati. Nella regione europea dell'OMS un bambino su tre in età scolare, un adolescente su quattro e quasi il 60% della popolazione adulta si trovano ad affrontare la sfida dell'obesità.[1] Lo stigma del peso che le persone affette da obesità devono affrontare aumenta anche il rischio di disturbi alimentari, la cui dimensione reale non è così ben caratterizzata come l'obesità. Le realtà possono essere diverse tra gli Stati membri. In questi capitoli presentiamo i dati di prevalenza dell'obesità e dei disturbi alimentari in Portogallo, insieme alle linee guida nazionali per promuovere un'alimentazione sana, ad alcune iniziative regionali e locali per facilitare e incentivare un'alimentazione sana e anche a un'iniziativa legata all'adozione di uno stile di vita attivo per prevenire l'obesità.

4.2 Prevalenza dell'obesità e dei disturbi alimentari in Portogallo

Prevalenza dell'obesità negli adulti in Portogallo

L'obesità e il sovrappeso vengono valutati utilizzando l'indice di massa corporea (IMC), calcolato dal rapporto tra peso e lunghezza (kg/m^2). Si ha obesità individuale quando l'IMC è superiore a

30 kg/m² , e sovrappeso quando l'IMC è superiore a 25 kg/m² secondo i punti di cutoff definiti dalla World Health Organization. [2]

In Portogallo, secondo il National Health Survey, nel 2019 più della metà della popolazione adulta (53,6%) è in sovrappeso. [3] L'obesità, cioè un IMC superiore a 30 kg/m² ha raggiunto 1,5 milioni di persone di età superiore ai 18 anni (16,9%), con le donne più colpite degli uomini (17,4% vs. 16,4%). La popolazione tra i 55 e i 74 anni è la più colpita, con valori superiori al 20%. Confrontando i valori dell'indagine 2019 con quelli del 2014, si nota un leggero aumento del sovrappeso (36,6% vs. 36,4%) e dell'obesità (16,9% vs. 16,4%). (Fig. 1) [3]

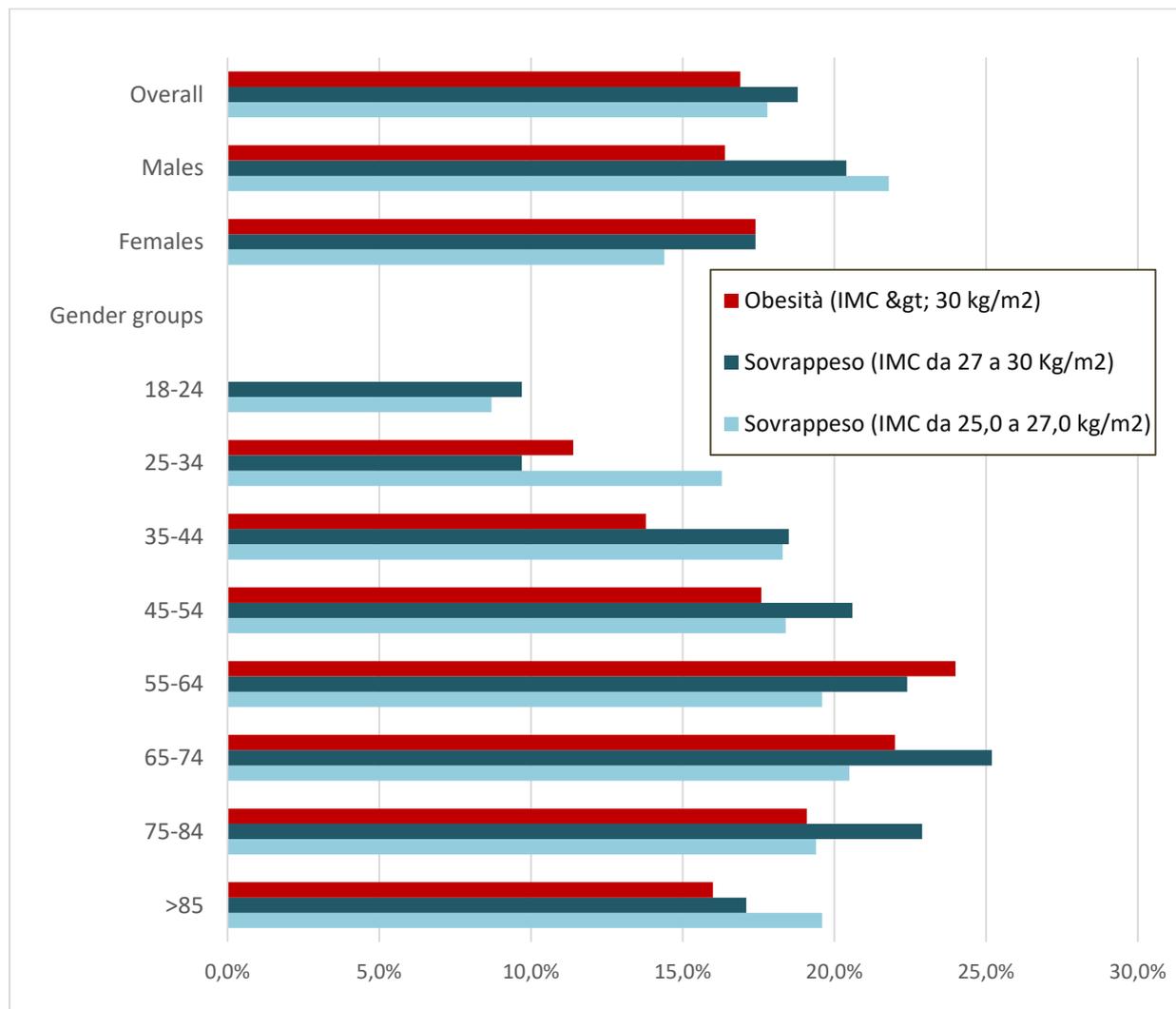


Fig. 1 Proporzione di popolazione di 18 anni o più in sovrappeso o obesa per sesso e gruppo di età, Portogallo. Adattato da: <https://www.ine.pt/>

In un altro studio, l'Indagine nazionale sull'alimentazione e l'attività fisica ("Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física -IAN-AF") per il 2015-2016, il 57,1% della popolazione era in sovrappeso per la propria altezza: il 22,3% della popolazione era obeso e il 34,8% era in sovrappeso. (Fig. 2) [4]

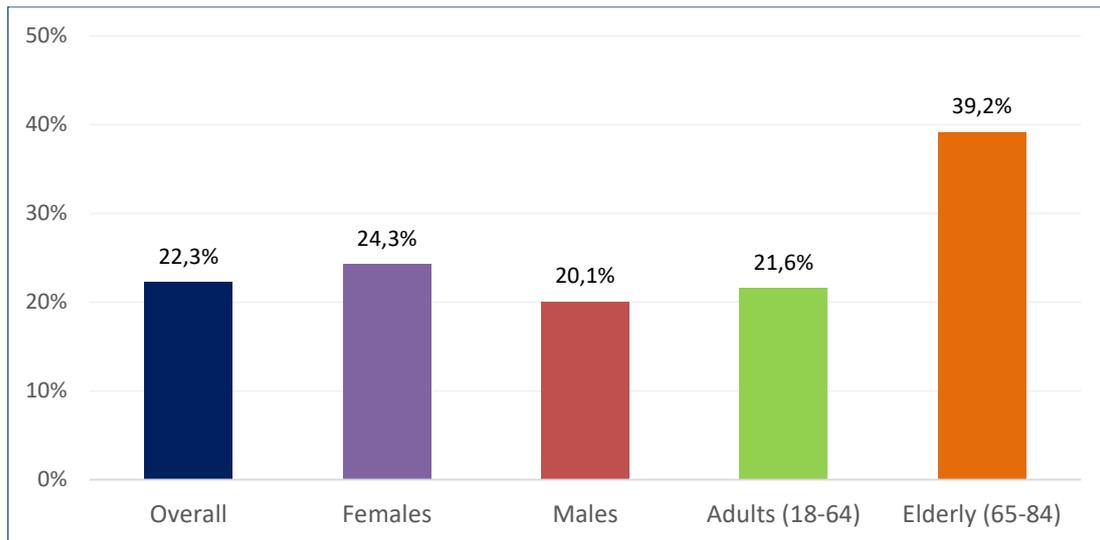


Fig. 2 Prevalenza dell'obesità, per sesso e fascia d'età, Portogallo. Adattato da: <https://ian-af.up.pt/>

Oltre a essere classificata in base al sovrappeso, l'obesità varia anche in base alla localizzazione e alla distribuzione del grasso nel corpo. L'obesità addominale, cioè l'aumento del tessuto adiposo nella regione addominale, presenta un rischio maggiore di sviluppare malattie cardiovascolari, diabete, dislipidemia e sindrome metabolica. [5] L'obesità addominale può essere classificata in base alla circonferenza della vita e dei fianchi, secondo i punti di riferimento raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (circonferenza vita: ≥ 88 cm nelle donne e > 102 cm negli uomini; circonferenza vita-fianchi: $\geq 0,85$ nelle donne e $\geq 0,90$ negli uomini). [6]

In Portogallo, la prevalenza dell'obesità addominale è del 50,5% nella popolazione adulta, più alta nei maschi rispetto alle femmine (62,0% vs. 39,2%) e molto più alta negli anziani (80,2%). (Fig. 3) La prevalenza standardizzata per sesso ed età è più alta nella Regione Autonoma delle Azzorre (61,7%) e nella regione del Centro (59,8%) e più bassa nell'area metropolitana di Lisbona (45,5%) e nel Nord (47,9%). La prevalenza dell'obesità, della pre-obesità e dell'obesità addominale è sempre più alta negli individui meno istruiti, anche se negli anziani le disparità in base al livello di istruzione sono minori. [4]

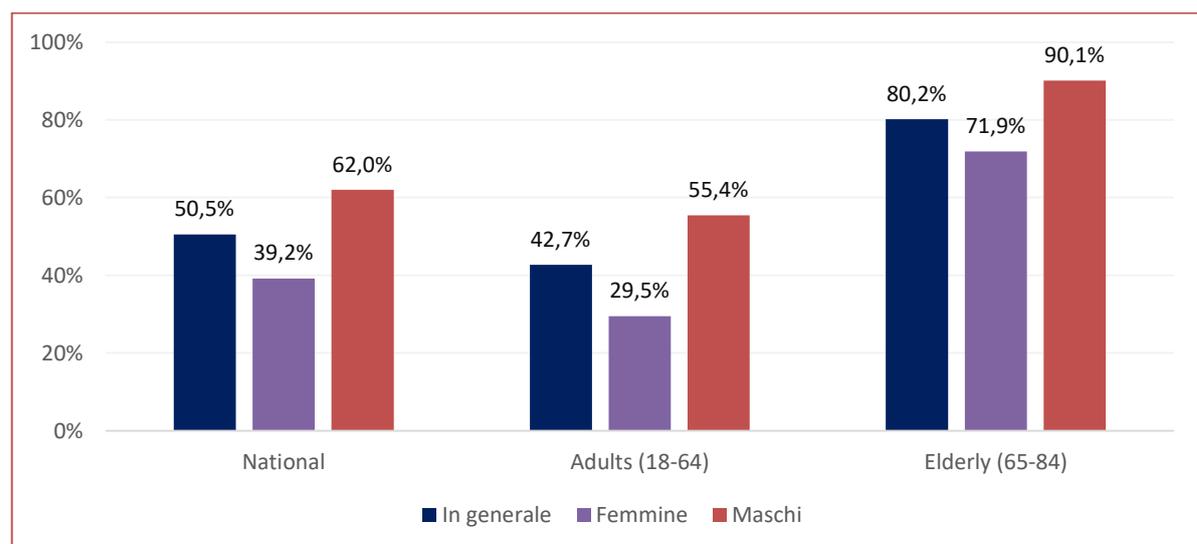


Fig. 3 Prevalenza del rischio molto elevato di obesità addominale (rapporto circonferenza vita-fianchi), a livello nazionale e per gruppo di età, Portogallo. Adattato da: <https://ian-af.up.pt/>

Alla base di questi numeri c'è uno stile di vita squilibrato. Secondo l'IAN-AF 2015-2016, solo il 18,0% della popolazione adulta portoghese ha un'elevata aderenza al modello alimentare mediterraneo. Più della metà della popolazione portoghese (56%) non rispetta la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di consumare più di 400 g/giorno di frutta e verdura. Circa il 24% della popolazione ingerisce grassi in misura superiore a quella raccomandata e il 53% ha un'assunzione di acidi grassi saturi superiore a quella raccomandata. Per quanto riguarda il consumo di zucchero, il 24,4% dei consumatori portoghesi lo assume da dolci, bibite, succhi di frutta naturali o concentrati, torte, biscotti e colazioni a base di cereali, che contribuiscono a più del 10% del valore energetico totale. L'apporto medio di sodio è di 7,4 grammi di sale, un valore che supera la raccomandazione di 5 grammi al giorno. [4]

Per quanto riguarda l'attività fisica, il 43% dei portoghesi è stato considerato "sedentario", il 30% "moderatamente attivo" e il 27% "attivo", sulla base dell'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), (7) che considera tutti i domini della vita quotidiana e tre tipi di attività: leggera, moderata e vigorosa. (Fig. 4) [4]

L'attività fisica e la dieta, in combinazione con il supporto comportamentale e il trattamento delle comorbidità, sono riconosciute come parte integrante della gestione delle persone in sovrappeso o in obesità. [8] Considerando la situazione allarmante negli adulti, è importante considerare e affrontare l'obesità fin dall'infanzia, cosa che sta accadendo anche in Portogallo negli ultimi anni.

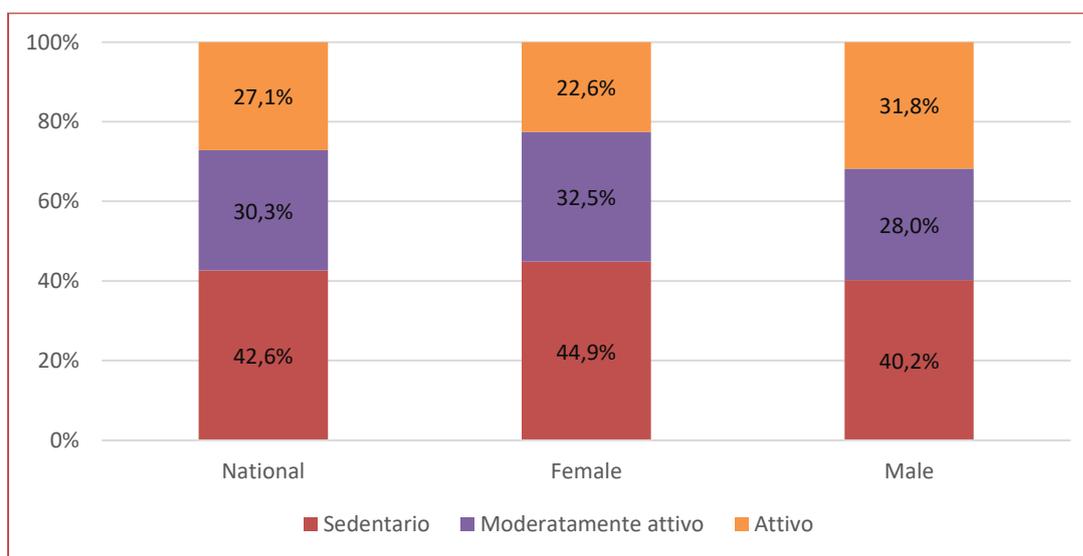


Fig. 4 Prevalenza dei livelli di attività fisica per sesso, Portogallo. Adattato da: <https://ian-af.up.pt/>

Prevalenza dell'obesità infantile in Portogallo

L'iniziativa europea di sorveglianza dell'obesità infantile (o COSI) dell'OMS misura da oltre 10 anni le tendenze del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini in età scolare (6-8 anni). Si tratta di uno sforzo di collaborazione tra l'OMS e gli istituti di ricerca di molti Paesi europei per raccogliere dati di alta qualità sulla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità infantile. [9]

Nell'ultimo rapporto COSI Portogallo (2019), l'11,9% dei bambini di età compresa tra 6 e 8 anni è affetto da obesità e il 29,7% da sovrappeso. (Fig. 5) Sebbene sia ancora allarmante che 1 bambino su 3 sia in sovrappeso o obeso, i dati mostrano una riduzione di punti percentuali nella prevalenza di bambini in sovrappeso dal 2008, quando il Portogallo era il secondo Paese europeo con la più alta prevalenza di bambini con obesità o sovrappeso. [9]

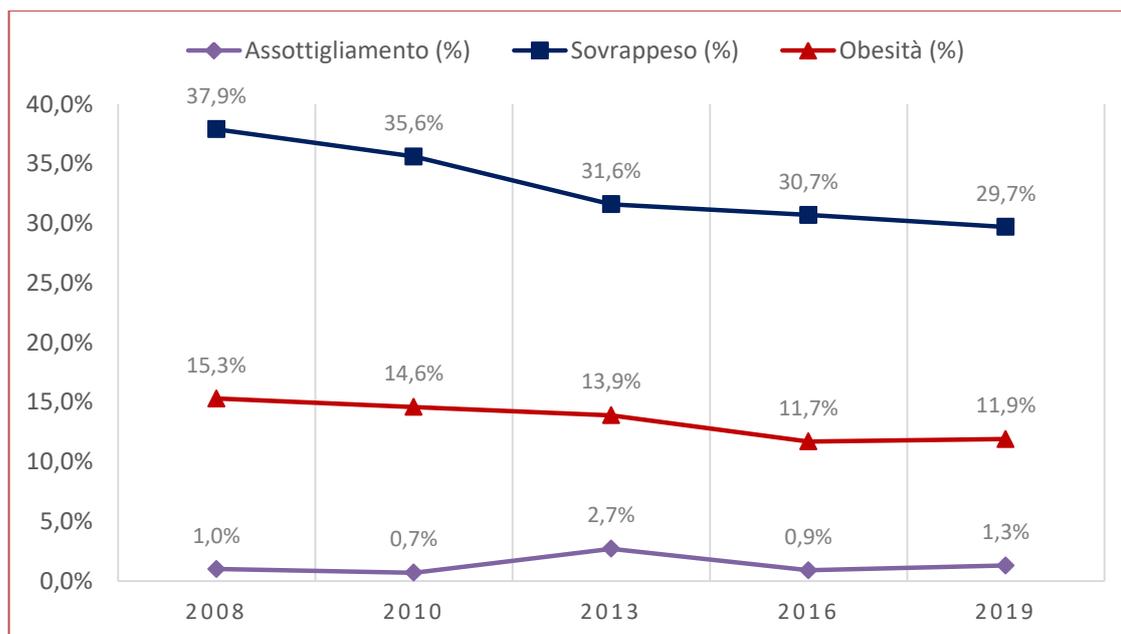


Fig. 5 Prevalenza di magrezza, sovrappeso (inclusa l'obesità) e obesità infantile (6-8 anni) nelle diverse fasi del COSI Portogallo (dal 2008 al 2016). Adattato da: <https://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2020/03/COSI-2019-FactSheet.pdf>

Tutte le regioni portoghesi hanno registrato una diminuzione della prevalenza del sovrappeso (compresa l'obesità), più marcata nelle regioni delle Azzorre e del Centro. [9] Si ritiene che alla base di questa tendenza positiva vi sia l'aumento della politica alimentare e dei programmi nazionali di eccellenza degli ultimi anni.

I dati di un'indagine nazionale sulla popolazione portoghese mostrano che il 17,3% dei bambini (<10 anni) e il 23,6% degli adolescenti (10-17 anni) sono già in sovrappeso (criteri di valutazione in base alle curve di crescita dell'IMC per età da WH) e il 7,7% dei bambini e l'8,7% degli adolescenti hanno criteri corrispondenti per l'obesità. La prevalenza del sovrappeso è maggiore negli individui meno istruiti. [4]

Costi associati

In Portogallo, l'obesità rappresenta un corso diretto annuale di 1,2 miliardi di euro, un importo equivalente allo 0,6% della ricchezza prodotta nel Paese. [10] Secondo i dati più recenti dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), i costi associati al trattamento del sovrappeso e delle malattie associate rappresentano il 10% della spesa sanitaria totale (equivalente a 207 euro pro capite all'anno). [11]

Le malattie legate all'obesità che contribuiscono maggiormente ai costi sanitari diretti più elevati sono le malattie croniche non trasmissibili come il diabete, l'ictus, le cardiopatie ischemiche e le malattie renali croniche. I ricercatori sottolineano inoltre che il costo del trattamento di queste malattie è 88 volte superiore al costo del trattamento dell'obesità. Questa ricerca menziona anche che nel 2018 ci sono stati 46.269 decessi per malattie legate all'obesità, che rappresentano il 43% dei decessi totali avvenuti nel Portogallo continentale nello stesso anno. [10,11]

È necessario ribadire la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione, di rafforzare l'intervento delle cure primarie con un approccio multidisciplinare, di un accesso equo a trattamenti chirurgici e/o farmacologici adeguati e di una tolleranza zero nei confronti delle discriminazioni di cui sono ancora vittime le persone che convivono con l'obesità.

Disturbi alimentari

I disturbi dell'alimentazione (ED) comprendono l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED), oltre a diverse condizioni elencate sotto la voce "Altri disturbi alimentari e dell'alimentazione specificati (OSFED)" nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. [12]

La DE è frequente nelle donne, nelle classi sociali più elevate dei Paesi industrializzati. L'età massima di insorgenza dei disturbi è di 19-20 anni nell'AN e di 16-20 anni nella BN. [13] In Portogallo, i dati sulla prevalenza dei disturbi alimentari sono scarsi o sono stati raccolti in piccole comunità. In uno studio retrospettivo osservazionale [13] ha valutato tutti gli episodi di ospedalizzazione dal 2000 al 2014 con diagnosi primaria o secondaria di DE in Portogallo. Si è registrato un totale di 4485 ricoveri, in cui l'AN era il più frequente (n = 2806). I ricoveri per tentato suicidio erano più comuni tra i pazienti con BN (10,1% dei ricoveri per BN) o AN (5,2% dei ricoveri per AN).

Un altro sondaggio [14] condotta su studentesse di età compresa tra i 12 e i 23 anni ha mostrato una prevalenza di disturbi alimentari del 3,06%. La prevalenza dell'anoressia nervosa era dello 0,39%, della bulimia nervosa dello 0,30% e di altri disturbi dell'alimentazione e del comportamento alimentare specificati del 2,37%. L'OSFED ha rappresentato il 77,4% di tutti i casi diagnosticati di disturbi alimentari nella comunità, rispetto a solo il 13% per l'AN e il 10% per la BN. I risultati supportano precedenti ricerche in ambito clinico che dimostrano che la maggior parte delle persone che cercano aiuto non sono affette da AN o BN secondo gli attuali criteri diagnostici. In uno studio più recente, [15] condotto su adolescenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni, nel Comune di Manteigas, ha rilevato una prevalenza dello 0,96% di AN e del 3,85% di BN, in cui la prevalenza è stata auto-riferita, attraverso il questionario di alimentazione dell'esame del disturbo - EDE-Q.

I predittori di rischio più efficaci sono stati il sesso femminile, l'interiorizzazione degli ideali socioculturali di bellezza e la relazione di legame con la madre. In questo modo, i programmi di prevenzione incentrati sulla promozione di un rapporto sano con il cibo e di un'immagine corporea positiva, nei principali contesti di socializzazione degli adolescenti (scuola e famiglia), dovrebbero essere impostati fin dalla più tenera età.

4.3 Linee guida e standard

Guida alimentare per la popolazione portoghese

Alla fine degli anni '70, fu creata una task force istituzionale per identificare i principali problemi di salute e alimentari che affliggevano la popolazione portoghese. In questo contesto, fu attuata la campagna "*sapere come mangiare è sapere come vivere*", che comprendeva la Guida alla Ruota Alimentare (Fig. 6). [16] La Ruota alimentare portoghese è una rappresentazione grafica che aiuta a scegliere gli alimenti che dovrebbero far parte della dieta quotidiana. [17]

La ruota alimentare è un simbolo a forma di cerchio, che si divide in cinque segmenti di dimensioni diverse, suggerendo una proporzione consigliata tra i gruppi, ma senza specificare una quantità. Il formato è associato al piatto comunemente utilizzato e, a differenza della piramide, non gerarchizza gli alimenti, ma attribuisce loro la stessa importanza. [17,18]

I cambiamenti sociodemografici ed economici, con le differenze nella disponibilità e nella distribuzione degli alimenti, hanno portato alla ristrutturazione della guida, con il risultato di una Nuova Guida Alimentare per i Portoghesi, che includeva le porzioni di cibo raccomandate. [18]

Nella Nuova Guida della Ruota Alimentare sono stati inclusi sette gruppi di alimenti. Le verdure e la frutta sono state separate in gruppi distinti, in base alle loro differenze di contenuto energetico e di nutrienti e al loro uso diversificato nei pasti. È stato aggiunto un nuovo gruppo per i legumi, data l'importanza delle abitudini alimentari portoghesi e della riduzione del consumo di proteine animali. Sono state definite la porzione alimentare standard, le porzioni

equivalenti e il numero di porzioni giornaliere per ogni gruppo alimentare. L'obiettivo di questa nuova ruota è quello di portare a una dieta più sana: completa, equilibrata e varia. [18,19]

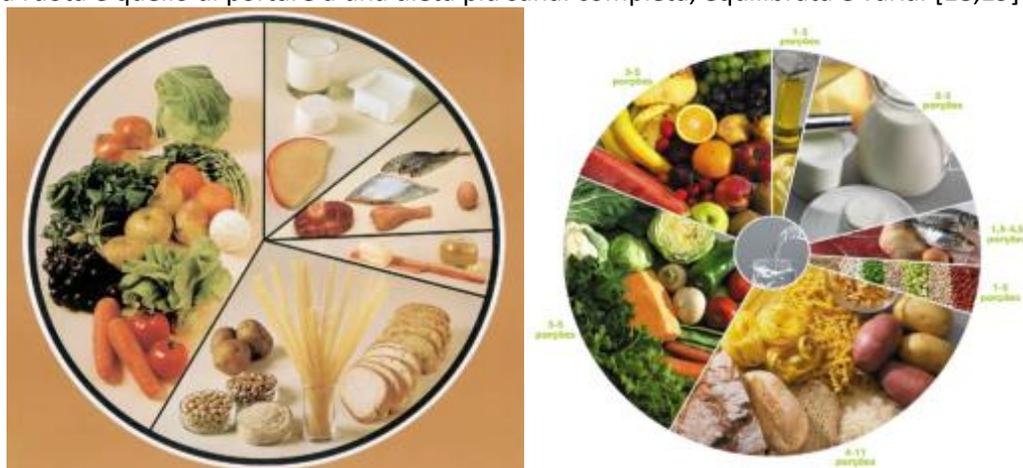


Fig. 6 A) Precedente Guida alimentare portoghese. Fonte: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(06\)00030-3/fulltext](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(06)00030-3/fulltext) B) Nuova guida alimentare portoghese. Fonte: (06)00030-3/fulltext: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>

Nel 2016, essendo il Portogallo un paese con caratteristiche mediterranee, è stato sviluppato un adattamento della Ruota Alimentare ai concetti della Dieta Mediterranea. [20] La guida è presentata in una versione interattiva, in cui è possibile esplorare i vari gruppi alimentari, disponibile all'indirizzo: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos-mediterranica/>.

L'adattamento consente di avvicinare la guida alimentare portoghese al principio della dieta mediterranea, arricchendo la guida e rafforzando questo strumento di educazione alimentare.

Linee guida per la nutrizione

Oltre alle raccomandazioni alimentari esposte nella Ruota Alimentare, esistono linee guida mirate ad approcci specifici, particolari in base alle singole fasi della vita e alle malattie nutrizionali.

Il *Manuale di consulenza breve per un'alimentazione sana nell'assistenza sanitaria primaria* ("Manual Aconselhamento Breve para a Alimentação Saudável nos Cuidados de Saúde Primária") [21] e i rispettivi strumenti di supporto: *Guida con 10 passi per un'alimentazione sana* ("Guia com os 10 passos para uma alimentação saudável") [22] aiutano a standardizzare l'approccio clinico e a sistematizzare le raccomandazioni alimentari, ottimizzando il tempo dell'appuntamento.

Nell'ambito dell'attuazione di misure che promuovono un'alimentazione sana, vale a dire misure relazionali per creare ambienti alimentari sani, spicca l'importanza di un'alimentazione adeguata nei primi anni di vita e nell'ambiente scolastico: *Alimentazione sana da 0 a 6 anni* ("Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos") [23], *Alimentazione e nutrizione in gravidanza* ("Alimentação e Nutrição na Gravidez") [24], *Idratazione adeguata in ambiente scolastico* ("Hidratação adequada em Meio Escolar") [25], *Linee guida per i buffet scolastici* ("Orientações para Bufetes Escolares") [26].

Per quanto riguarda il cambiamento del comportamento alimentare, si tratta di un processo complesso che richiede l'uso di un intervento che faciliti il cambiamento comportamentale.

Obesità: ottimizzazione dell'approccio terapeutico nel servizio sanitario nazionale ("Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde") viene a contestualizzare le migliori strategie di terapia nutrizionale per l'obesità, basate sulle più recenti

evidenze scientifiche, e sulle specificità: densità energetica, modelli di pasto, velocità di assunzione e attività fisica, per il trattamento dell'obesità. [27]

Per quanto riguarda i disturbi alimentari, il Portogallo non presenta linee guida specifiche, seguendo le raccomandazioni internazionali. Le linee guida dell'American Dietetic Association per il trattamento dei pazienti con disturbi alimentari prevedono un programma di riabilitazione nutrizionale e un follow-up medico e psichiatrico. [28]

4.4 Iniziative nazionali e locali per promuovere la salute

Iniziative nazionali per una sana alimentazione

Le politiche pubbliche hanno il potenziale di migliorare la dieta della popolazione modificando l'ambiente alimentare e hanno maggiori probabilità di provocare cambiamenti, in quanto interferiscono con la disponibilità fisica ed economica. [29] L'importanza dello sviluppo di politiche pubbliche in Portogallo ha acquisito importanza nel 2012, con la creazione del Programma nazionale per la promozione di un'alimentazione sana ("Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável" - PNPAS). È uno dei programmi sanitari prioritari del Piano Sanitario Nazionale della Direzione Generale della Salute e mira a promuovere lo stato di salute della popolazione, agendo su uno dei suoi determinanti: l'alimentazione. [30]

La Direzione Generale della Salute coordina anche la Strategia Integrata per la Promozione di un'Alimentazione Sana ("Estratégias Integradas de Promoção da Alimentação Saudável" - EIPAS), che comprende una serie di misure di intervento attraverso politiche salutari. [31] Secondo l'Healthy Food Environment Policy Index (FOOD-EPI), uno strumento sviluppato per valutare il grado di attuazione delle politiche pubbliche con un impatto sull'ambiente alimentare, il Portogallo è uno dei Paesi con i punteggi migliori. Nel 77% degli indicatori inclusi in questa analisi, il Portogallo ha ottenuto un grado di attuazione moderato o alto (56% moderato e 21% alto). Le politiche alimentari e nutrizionali sono riconosciute a livello internazionale per il loro approccio globale, che comprende misure che promuovono la riformulazione dei prodotti e delle etichette alimentari, nonché misure per regolamentare la pubblicità alimentare rivolta ai bambini e l'offerta di cibo in diversi spazi pubblici. [29]

Campagne

Attraverso campagne educative, il Programma nazionale per la promozione di un'alimentazione sana lavora per cambiare le scelte alimentari dei portoghesi.

L'ultima campagna *Mangiare meglio, una ricetta per la vita* ("Comer melhor, uma receita para vida") mira a valorizzare alcuni alimenti che sono ancora sottovalutati, apprezzati e consumati nella dieta dei portoghesi, come frutta, verdura, legumi e acqua. (Fig. 7)



Fig. 7 A) Poster "Mangiare meglio, una ricetta per la vita". B) Poster "Acqua, la mega bevanda". Fonte: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Negli anni precedenti sono nate altre campagne incentrate sul consumo di acqua: *Acqua, la mega bevanda* ("Água, a mega bebida"), e sulla riduzione del consumo di sale: *Insieme contro il sale* ("Juntos contra o sal") e sullo zucchero: *Lo zucchero nascosto negli alimenti* ("Açúcar Escondido dos Alimentos"). La divulgazione avviene attraverso i media digitali, in cui vengono pubblicati messaggi e manifesti incentivanti, e in spot televisivi, con la presenza di diversi personaggi pubblici. Sul sito web è possibile trovare le campagne, i video e i manifesti: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/modificacao-da-procura-educacao/campanhas-sobre-alimentacao-saudavel/>

Decodificatore di etichette

Il Regolamento (UE) n. 1169/2011 relativo alla fornitura di informazioni ai consumatori sui prodotti alimentari stabilisce i nuovi requisiti per l'etichettatura degli alimenti, garantendo così che i cittadini ricevano informazioni più chiare, complete e accurate sul contenuto degli alimenti. [32]

L'etichettatura front-of-pack (FOP) ha la funzione di guidare il consumatore verso i componenti del cibo, promuovendo così scelte alimentari più sane. [33] Tuttavia, questo non significa che i consumatori la utilizzino come strumento per scegliere i prodotti che dovrebbero comporre la loro dieta. I dati scientifici dimostrano che il 40% dei portoghesi non comprende le attuali informazioni nutrizionali riportate sulle etichette dei prodotti alimentari e la necessità di semplificare tali informazioni. [34]

Per aiutare i consumatori, sono emersi modelli di etichettatura nutrizionale volontari. La Federazione delle Industrie Agroalimentari Portoghesi e alcuni marchi di vendita al dettaglio hanno presentato un modello di informazione nutrizionale nel 2002, con l'implementazione volontaria adottata da alcuni marchi di vendita al dettaglio, in particolare Pingo Doce. Un altro modello di etichettatura nutrizionale volontaria utilizzato in Portogallo è il semaforo nutrizionale, inizialmente sviluppato dalla Food Standards Agency nel Regno Unito. È stato introdotto in Portogallo nel 2009 e adottato dal marchio Continente per i suoi prodotti. [35]

Un altro modello interpretativo sintetico che ha acquisito importanza è il Nutri-Score. Consiste in una rappresentazione grafica colorata, che utilizza anche delle lettere, e classifica il profilo nutrizionale di un prodotto alimentare in cinque categorie, tra il verde (lettera A) e il rosso (lettera E). [36] (Fig. 8)

<p>Modello della Federazione delle industrie agroalimentari portoghesi</p>	 <p>Por 25 g</p> <p>586 kJ / 141 kcal (7 %)* Lípidos 11 g (16 %)* Saturados 1 g (15 %)* Açúcares 0,3 g (7 %)* Sal 1,4 g (23 %)*</p> <p>*Doses de Referência para um adulto médio (8400 kJ/2000 kcal)</p>					
<p>Semaforo</p>	<p>Each grilled burger (94g) contains</p> <table border="1" data-bbox="667 517 1126 640"> <tr> <td>Energy 924kJ 220 kcal 11%</td> <td>Fat 13g 19%</td> <td>Saturates 5.9g 30%</td> <td>Sugars 0.8g <1%</td> <td>Salt 0.7g 12%</td> </tr> </table> <p>of an adult's reference intake Typical values (as sold) per 100g: Energy 966kJ / 230kcal</p>	Energy 924kJ 220 kcal 11%	Fat 13g 19%	Saturates 5.9g 30%	Sugars 0.8g <1%	Salt 0.7g 12%
Energy 924kJ 220 kcal 11%	Fat 13g 19%	Saturates 5.9g 30%	Sugars 0.8g <1%	Salt 0.7g 12%		
<p>Nutri-Score</p>						

Fig. 8 Diversi sistemi di etichettatura degli alimenti

Il Portogallo è uno dei sei Paesi europei con il maggior numero di schemi di etichettatura alimentare, tuttavia la varietà di etichette nutrizionali può causare difficoltà ai consumatori, che preferirebbero un unico schema. [37] Per risolvere questo problema, uno degli assi strategici del Programma nazionale per la promozione di un'alimentazione sana in Portogallo è stato il Decodificatore di etichette. [38](Fig. 9) aiuta i consumatori a interpretare le etichette degli alimenti e a classificare il contenuto di grassi totali ("gordura"), grassi saturi ("gordura saturada"), zuccheri ("açúcares") e sale ("sal") in alto, medio o basso.

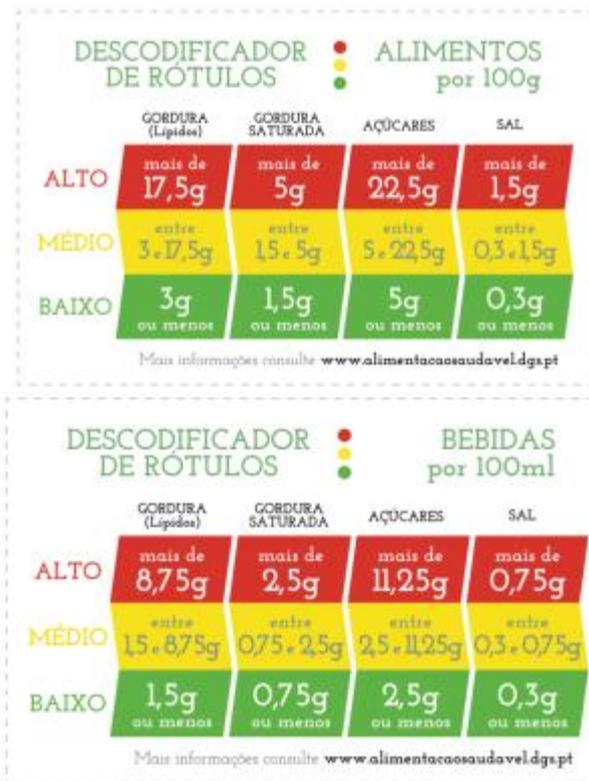


Fig. 9 Decodificatore di etichette portoghesi. Fonte: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/decodificador-de-rotulos/>

Tuttavia, è assolutamente necessario emanare una legislazione per la standardizzazione delle informazioni nutrizionali sulle etichette dei prodotti fitosanitari. I criteri standard dovrebbero essere creati dal governo, con uno schema nazionale raccomandato.

Il Nutri-Score, sviluppato dal Ministero della Salute francese e definito come riferimento nazionale, e adottato in alcuni altri Paesi come Belgio e Spagna, dimostra che la capacità del consumatore di comprendere meglio le informazioni nutrizionali e di fare scelte alimentari è notevolmente migliorata rispetto ad altri modelli. Il Nutri-score gode anche del forte sostegno dell'associazione europea dei consumatori. [39]

L'uso di modelli semplificati di etichettatura nutrizionale aumenta la trasparenza sugli alimenti che consumiamo e potrebbe contribuire a rendere le diete più sane, sia aiutando le persone a fare scelte informate sia incentivando i produttori a riformulare i prodotti esistenti e a sviluppare alternative più sane. [33]

Riformulazione degli alimenti

Il miglioramento della composizione nutrizionale degli alimenti disponibili fa parte della strategia nazionale per l'alimentazione e la nutrizione sviluppata dal Programma nazionale per la promozione di un'alimentazione sana ("PNPAS") e dalla Strategia integrata per la promozione di un'alimentazione sana ("EIPAS"). Per la riformulazione dei livelli di sale, zucchero e acidi grassi trans in diverse categorie di prodotti alimentari, nel 2018 è stato firmato un protocollo di collaborazione tra la Direzione Generale della Salute, l'Istituto Nazionale della Salute Dottor Ricardo Jorge, l'Associazione Portoghese delle Imprese di Distribuzione, la Federazione delle Industrie Agroalimentari Portoghesi e NielsenIQ. [40]

Nel 2016 è stato firmato un protocollo per limitare il peso netto delle singole dosi di zucchero a un massimo di 5/6 g. E nel 2018 la grammatura delle confezioni è stata ridotta a 4 g. Con questo lavoro iniziato nel 2016, è stata favorita la riduzione del peso netto delle confezioni di zucchero di quasi il 50%. Per quanto riguarda il sale, nel 2017 è stato stabilito un protocollo

per promuovere la riduzione del contenuto di sale nel pane. Sono stati fissati obiettivi annuali per ridurre il contenuto di sale nel pane, con l'obiettivo finale per il 2021 di 1,0 g di sale per 100 g di pane. Il protocollo di collaborazione ha definito anche i limiti per il contenuto di acidi grassi trans nei prodotti di pasticceria, che è una delle categorie alimentari con i livelli più elevati di acidi grassi trans. Promuovere la riduzione del contenuto di acidi grassi trans nei prodotti del settore della panificazione e della pasticceria a valori inferiori a 2g e 1g di acidi grassi trans per 100g di grassi utilizzati nella preparazione di questi prodotti. [40]

La collaborazione tra enti ha permesso di ridurre oltre 25 tonnellate di sale e 6256 tonnellate di zucchero, tra il 2018 e il 2020.

Iniziative regionali per una sana alimentazione

Il sistema sanitario portoghese è organizzato da 5 regioni amministrative principali ("Administração regional de saúde" -ARS). Il Portogallo ha anche due Regioni amministrative autonome: Madeira e Açores, con le loro realtà di obesità e i programmi per affrontarle.

Concentrandosi sul sistema sanitario del continente, è organizzato in base alle cinque principali regioni del Portogallo: Nord, Centro, Lisbona e Valle del Tejo, Alentejo e Algarve. Dall'attuazione del Programma nazionale per la promozione di un'alimentazione sana, tutte le regioni hanno adottato alcune iniziative nazionali - o addirittura internazionali, come abbiamo detto nell'esempio del COSI - e le entità regionali hanno lanciato le loro iniziative nel tempo.

Nella Tabella 1 sono riportate alcune delle iniziative adottate a livello regionale o locale in materia di alimentazione sana e lotta all'obesità.

Tabella 1. Amministrazione regionale della sanità e i suoi programmi regionali relativi all'alimentazione sana o alla lotta all'obesità

Regioni dell'amministrazione sanitaria	Programmi di intervento
ARS Norte	"PASSE - Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar" (Programma di alimentazione sana nella salute degli studenti)
ARS Centro	"Pão.come" (Pane mangiato); "Aquarela Alimentar" (Acquerello alimentare)
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Nessun programma specifico
ARS Alentejo	"A minha lancheira" (La mia scatola del pranzo); "Lancheira Sorriso em Movimento" (Scatola del pranzo sorridente in movimento); "Crescer com peso saudável" (crescere fino a un peso sano); "5 ao dia, faz crescer com energia" (5 al giorno, fa crescere con energia); "Da caneta até ao prato" (Dalla penna al piatto); "Sopas e Aromas" (Zuppe e aromi)
ARS Algarve	MEDITA - Progetto di lotta all'obesità infantile nella regione dell'Algarve "Applicazione "Jogo Ludus Med"

Il programma PASSE è un buon esempio di programma di intervento che esiste dal 2008. Almeno il 63% delle scuole della regione Nord ha adottato questo programma. Più di 380.326 alunni, aggregati in 18.787 classi, hanno beneficiato dell'intervento diretto del programma. L'acquisizione di abitudini alimentari sane e il cambiamento dei comportamenti alimentari sono obiettivi centrali per le generazioni future. Al fine di coinvolgere tutti gli attori, questo programma si rivolge anche ai genitori e a chi manipola il cibo. Maggiori informazioni sono disponibili sul sito web, comprese alcune risorse per chi vuole utilizzare alcuni degli strumenti PASSE: (<https://passe.com.pt/destaques>)

ARS Centro ha sviluppato alcuni progetti e strategie in ambito alimentare, per intervenire sulle malattie croniche e sui loro determinanti: alimentazione sana, promozione dell'attività fisica e diabete. In questo contesto, ci sono progetti come: "Pão.come"[41], in cui sono state

valutate 10.595 analisi di monitoraggio analitico del sale aggiunto al pane in 900 panetterie della regione, e il "Food Watercolor" [42], per migliorare le conoscenze degli operatori sanitari in materia di nutrizione.

L'ARS Lisboa e Vale do Tejo ha programmi per la salute, ma sul suo sito web non ci sono informazioni specifiche sugli interventi dietetici o sulla promozione di programmi di alimentazione sana. Al contrario, l'ARS Alentejo ha diversi esempi di programmi regionali/locali che sono stati implementati negli ultimi anni, sia per affrontare gli spuntini che i bambini e gli adolescenti portano da casa per mangiare a scuola, con diversi progetti relativi ai loro cestini per il pranzo, sia per affrontare ciò che viene offerto loro nelle mense scolastiche. [43]

La Regione Algarve ha partecipato all'iniziativa COSI e recentemente, con il progetto MEDITA, ha anche lanciato un'applicazione per promuovere l'alfabetizzazione nutrizionale sulla Dieta Mediterranea. Il progetto MEDITA è un progetto finanziato dalla Commissione europea che mira a promuovere abitudini alimentari sane nella regione dell'Algarve in Portogallo e dell'Andalusia in Spagna. Il progetto prevede la diagnosi delle abitudini alimentari dei bambini e degli adolescenti della regione e prevede interventi di studio per migliorarle. L'obiettivo è migliorare i modelli alimentari, migliorare lo stato nutrizionale dei bambini e prevenire l'obesità. [44] L'applicazione è uno degli esempi di materiale creato dal progetto che è disponibile per tutti su Google Play, disponibile in: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.magiklabs.g_ludusmed&hl=en&gl=US.

Utilizzando la gamification nella promozione della conoscenza di un'alimentazione sana è possibile creare uno spazio di libertà per fallire e per imparare sull'alimentazione senza alcun tipo di giudizio.



Fig. 10 App creata dall'ARS Algarve in merito al progetto MEDITA - Dieta Mediterranea che promuove la Salute

Associazioni

Esistono anche buoni esempi di associazioni create per promuovere un'alimentazione sana in Portogallo. L'associazione "Vitamimos" è stata creata come centro di alimentazione sana ed è stata riconosciuta a livello nazionale e internazionale con diversi premi, tra cui il *Best Youth Nutrition Education Centre & Innovation Award for Obesity Prevention Initiatives 2019*, nella categoria Fitness and Nutrition Awards e un riconoscimento da parte di Global Health and Pharma. [45]



Fig. 10 A) Poster dell'attività "eco-chef". B) Immagine rappresentativa del centro educativo. Fonte: <https://www.vitamimos.pt/>

Un'altra importante associazione in Portogallo è ADEXO - Associazione di pazienti o ex pazienti con obesità del Portogallo (<https://www.adexo.pt/>). Questa associazione ha un ruolo attivo nell'aiutare i suoi membri ad avere accesso alle cure e alle assicurazioni e a lottare contro la discriminazione che devono affrontare. Oltre a sostenere i membri a diversi livelli, lavora anche nel campo della prevenzione, in particolare nei confronti dei bambini e dei giovani. La più recente campagna di sensibilizzazione di Adexo comprende una canzone in collaborazione con una famosa cantante portoghese, "Ana Bacalhau", intitolata "eu vou", che significa "vado". Questa canzone portoghese intende incentivare l'azione, in questo caso l'azione di cercare aiuto e consigli professionali, non ascoltando le pressioni esterne ma con un'azione attiva e deliberata di controllo della propria vita e di ricerca del proprio benessere: (<https://www.truthaboutweight.global/pt/pt/mude-o-ritmo-da-sua-vida.html>).

Iniziative per uno stile di vita attivo

L'attività fisica migliora le funzioni cognitive, l'autoregolazione e gli affetti positivi, nonché l'autostima, la percezione di sé e la qualità di vita complessiva. L'effetto positivo dell'attività fisica mostra un miglioramento del comportamento alimentare e dell'autoregolazione. [8]

In combinazione con la dieta, il supporto comportamentale e il trattamento delle comorbidità, l'attività fisica è riconosciuta come parte integrante della gestione delle persone con sovrappeso o obesità. [4] Per combattere e superare questo problema globale: l'obesità, vengono adottate iniziative e progetti che incoraggiano la pratica sportiva.

A livello nazionale, nel 2016 è stato creato il *Programma Nazionale per la Promozione dell'Attività Fisica* ("Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física" - PNPAF), che costituisce uno dei Programmi Sanitari Prioritari. Opera in armonia con il Piano Sanitario Nazionale e con le principali linee guida internazionali in materia, ovvero quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. [46]

La più grande campagna pubblica di promozione dell'attività fisica attuata in Portogallo è stata *Follow the whistle - physical activity calls for itself* ("Siga o assobio - a atividade física chama por si"), che mirava a migliorare le attività e ad aumentare la disponibilità a praticare attività fisiche, avendo come target la popolazione portoghese di età compresa tra i 35 e i 65 anni. Le principali informazioni sulla campagna possono essere consultate all'indirizzo: <https://www.sigaoassobio.pt/pt>.

Nelle scuole, oltre alle regolari lezioni di Educazione Fisica che di solito si svolgono due volte alla settimana, le scuole possono anche offrire l'opportunità di integrare lo *Sport Scolastico* ("desporto escolar"). Lo sport scolastico è un programma che comprende 44 modalità diverse e

incoraggia la pratica dello sport in modo ludico e ricreativo, promuovendo così abitudini sane nei giovani e combattendo l'obesità nei bambini e nei giovani. [47] Alcuni comuni offrono anche programmi che si svolgono durante le vacanze scolastiche, chiamati *Vacanze sportive*. (48) Durante l'estate, i giovani iscritti al programma hanno accesso a diverse vacanze con attività ricreative e sportive.

Riferimenti

- [1] Organizzazione Mondiale della Sanità. Rapporto europeo sull'obesità regionale 2022. 2022. 1-220 p.
- [2] Organizzazione mondiale della sanità. Indice di massa corporea (BMI) [Internet]. Disponibile da: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index?introPage=intro_3.html.
- [3] Istituto Nazionale di Statistica. Inchiesta nazionale sulla salute [Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2019. p. 1-12. Disponibile da: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2.
- [4] Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relazione sui risultati. Universidade do Porto, editore. Universidade do Porto. 2017.
- [5] Olinto MTA, Nácul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes A, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1207-15.
- [6] Organizzazione Mondiale della Sanità. Circonferenza vita e rapporto vita-fianchi: Relazione di una consultazione di esperti dell'OMS. 2011;(1):8-11.
- [7] Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. Questionario internazionale sull'attività fisica: Affidabilità e validità in 12 Paesi. *Med Sci Sport Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
- [8] Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friberg O, Vrabell KA, Bratland-Sanda S, Pettersen G, et al. L'esercizio fisico e la terapia dietetica sono un'alternativa fattibile alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento dei disturbi alimentari? Uno studio randomizzato e controllato di due terapie di gruppo. *Int J Eat Disord*. 2020;53(4):574-85.
- [9] Organizzazione Mondiale della Sanità. Iniziativa di sorveglianza dell'obesità infantile (COSI). Dati salienti 2015-17. Organizzazione Mondiale della Sanità. 2018;1-8.
- [10] LUSA. Diário de Notícias [Internet]. 2021. Disponibile da: <https://www.dn.pt/sociedade/excesso-de-peso-e-obesidade-custam-12-mil-milhoes-de-euros-por-ano-em-portugal-14234164.html>
- [11] OCSE. Il pesante fardello dell'obesità: L'economia della prevenzione. OCSE Publishing, editore. Studi di politica sanitaria dell'OCSE. Parigi; 2019.
- [12] Associazione Psichiatrica Americana. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 2014. 948 p.
- [13] Cruz AM, Gonçalves-Pinho M, Santos JV, Coutinho F, Brandão I, Freitas A. Ricoveri per disturbi alimentari in Portogallo: Uno studio nazionale dal 2000 al 2014. *Int J Eat Disord*. 2018;51(10):1201-6.
- [14] Machado P, Machado B, Gonçalves S, Hoek H. La prevalenza dei disturbi alimentari non altrimenti specificati. *InterScience*. 2007;27-30.
- [15] Sebastião J, Sampaio D, Barbosa MR. Prevalenza e fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti dai 12 ai 18 anni nel distretto di Manteigas. *Psi Logos*. 2020;16.
- [16] Graça P, Gregório MJ. Strategia per la promozione di un'alimentazione sana in

- Portogallo. *Heal by Numbers Port.* 2015;4(5):36-40.
- [17]A Roda ajuda a escolher e a combinar os Roda dos alimentos : o q ue é? Le proporzioni Gruppo di alimenti Uma alimentazione completa , e q uilibrada e A nova Roda dos Alimentos Mediterrânica é agora apresentada numa versão. 2022;2022.
- [18]Rodrigues SSP, Franchini B, Graça P, de Almeida MDV. Una nuova guida alimentare per la popolazione portoghese: Sviluppo e considerazioni tecniche. *J Nutr Educ Behav.* 2006;38(3):189-95.
- [19]Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida MDV. Una nova Roda dos Alimentos. *Nutricias.* 2004;54-5.
- [20]Barbosa C, Pimenta P, Real H. Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide da Dieta Mediterrânica: comparação entre os dois guias alimentares. *Acta Port Nutr.* 2017;11:6-14.
- [21]Gregório MJ, Teixeira D, Monteiro R, de Sousa SM, Irving S, Graça P. Aconselhamento Breve per un'Alimentazione Sana nelle Cure di Salute Primaria: Modelo de Intervenção e Ferramentas. Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Direzione generale della sanità, editore. Lisboa: 2020; 2020.
- [22]Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. 10 passos para uma Alimentação Saudável - Utentes. Saúde D-G da, editore. 2021.
- [23]Rêgo C, Lopes C, Durão C, Pinto E, Mansilha H, Pereira-da-Silva L, et al. Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores. 1ª - Outub. Saúde M da SD-G da, editore. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa; 2019. 137 p.
- [24]Teixeira D, Marinho R, Mota I, Castela I, Pestana D, Calhau C, et al. Alimentação E Nutrição Na Gravidez: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direzione-Ge. Lisboa; 2021.
- [25]Padrão P, Lopes A, Lima RM, Graça P. Hidratação adequada em meio escolar. Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde, editore. 2014. 1-11 p.
- [26]Ladeiras L, Lima RM, Lopes A. Bufetes Escolares - Orientações. Educação M de E e CD-G da, editore. Direção - Geral da Educação. 2012. 28 p.
- [27]Camolas J, Gregório MJ, Sousa SM, Graça P. Obesidade: Otimização Da Abordagem Terapêutica No Serviço Nacional De Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde, editore. Lisboa; 2017.
- [28]Associazione dietetica americana. Posizione dell'Associazione Dietetica Americana: Intervento nutrizionale nel trattamento dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e di altri disturbi alimentari. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(12):2073-82.
- [29]Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Graça P, Arriaga MT de. L'Indice di politica ambientale per un'alimentazione sana (Food-EPI): Rapporto dei risultati per il Portogallo. 2022. Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde, editore. Scienza e tecnologia nella politica sull'obesità infantile. 2022; 2022.
- [30]Direzione generale della sanità. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [Internet]. Disponibile da: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>
- [31]Direzione generale della sanità. Estratégias Integradas de Promoção da Alimentação Saudável [Internet]. Disponibile da: <https://eipas.pt>
- [32]Parlamento Europeo; Conselho da União Europeia. Regulamento (UE) N.º 1169/2011 do Parlamento Europeo e do Conselho de 25 de Outubro de 2011 relativo à prestação de informação aos consumidores sobre os géneros alimentícios, que altera os Regulamentos (CE) n.º 1924/2006 e (CE) n.º 1925/2006 do Parlamento. Vol. L 304, Jornal Oficial da União Europeia. 2011.
- [33]The Lancet Diabetes & Endocrinology. Informazioni nutrizionali sugli alimenti: trasparenza e salute pubblica. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018 Jul;6(7):515.

- [34]Gomes S, Nogueira M, Ferreira M, Gregório MJ. Atteggiamento dei consumatori portoghesi verso l'etichettatura degli alimenti. World Heal Organ Eur. 2017;(febbraio 2019):58.
- [35]Cordeiro T, Silva C, Bento A. Rotulagem Nutricional, sua importância. Cad Estud Mediáticos - N° 07. 2010;109-21.
- [36]Hercberg S, Touvier M, Salas-salvadó J. L'etichetta nutrizionale Nutri-Score: Uno strumento di salute pubblica basato su prove scientifiche rigorose che mira a migliorare lo stato nutrizionale della popolazione. Int J Vitam Nutr Res. 2021;
- [37]London Economics EAHC. Consumer market Study on the functioning of voluntary food labelling schemes for consumers in the European Union EAHC/FWC/2012 86 04. Ipsos - London Economics, editore. 2012; 2012.
- [38]Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Decodificador de Rótulos [Internet]. Disponibile da: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/decodificador-de-rotulos/>
- [39]Goiana-Da-Silva F, Cruz-E-Silva D, Gregório MJ, Nunes AM, Calhau C, Hercberg S, et al. Nutri-Score: Uno strumento di salute pubblica per migliorare le abitudini alimentari in Portogallo. Acta Med Port. 2019;32(3):175-8.
- [40]Ministério da Saúde. Direzione Generale della Salute. Redução do teor de sal e açúcar nos alimentos - Relatório de progresso da reformulação dos produtos alimentares em Portugal 2018-2021. Direzione Generale della Salute, editore. Lisbona: 2022; 2022.
- [41]Administração Regional de Saúde do Centro. Progetto di intervento comunitario Pão.come [Internet]. 2008. p. 1-15. Disponibile da: https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Pao.come_Dezembro2008_FINAL.pdf
- [42]Departamento de Saúde Pública e Planeamento de ARSC. Progetto Aguardela Alimentar. p. 1-17.
- [43]ARS Alentejo. Projetos Regionais - Alimentação Saudável [Internet]. Disponibile da: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/Projetos-Regionais.aspx>
- [44]MEDITA. Progetto MEDITA [Internet]. Disponibile da: <https://www.projetomedita.eu/sobre-o-medita.html>.
- [45]Vitamimos. Vitamimos [Internet]. Disponibile da: <https://www.vitamimos.pt>
- [46]Direzione generale della sanità. Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física [Internet]. Disponibile da: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/apresentacao.aspx>.
- [47]Direzione generale dell'istruzione. Desporto Escolar [Internet]. Disponibile da: <https://desportoescolar.dge.mec.pt>.
- [48]Camara Municipal de Bragança. Férias Desportivas e Culturais [Internet]. Disponibile da: <https://www.cm-braganca.pt/servicos-e-informacoes/desporto-e-juventude/ferias-desportivas-e-culturais>.

5. Rapporto locale - Romania

Roxana Maria Martin-Hadmaş, Monica Tarcea

Università di Medicina, Farmacia e Scienze *George Emil Palade*,
e tecnologia di Targu Mures, Romania

E-mail: monica.tarcea@umfst.ro, roxana.hadmas@umfst.ro

Abstract. *L'obesità è uno dei principali problemi di salute a livello globale. Secondo EUROSTAT, nel 2019 lo 0,8% della popolazione rumena era sottopeso, il 40,6% aveva un rapporto peso/altezza normale e al 10,9% della popolazione era stata diagnosticata l'obesità. I rapporti della World Obesity Federation per il 2019 hanno mostrato che il 47,7% della popolazione adulta (+18 anni) aveva un leggero eccesso di peso (sovrappeso). La Romania ha sviluppato nel tempo una moltitudine di programmi nazionali e locali per prevenire l'obesità e aumentare la consapevolezza del problema, come: Il programma "Rotolo e latte", il programma "Frutta nelle scuole" o il programma "Pasti caldi". Sebbene la Romania disponga di un gran numero di progetti locali e nazionali incentrati sulla prevenzione dell'obesità, sull'educazione alla salute e sull'aumento della qualità della vita, secondo le statistiche l'incidenza dell'obesità è ancora in aumento in tutte le fasce d'età.*

L'obesità è uno dei principali problemi di salute a livello globale. Per questo motivo, un gran numero di strategie internazionali si concentra sul rallentamento dell'evoluzione di questa patologia e sull'aumento della qualità della vita.

I disturbi alimentari possono colpire individui di diverse fasce d'età, ma l'età media di insorgenza è l'adolescenza, mentre la frequenza, alla stessa età, è in aumento. Lo stigma negativo dell'obesità induce gli adolescenti ad adottare atteggiamenti comportamentali sbagliati, che possono trasformarsi in malnutrizione o in disturbi nutrizionali per essere accettati nei gruppi di amici. Questo è uno dei motivi principali per cui hanno bisogno di un supporto sociale, informativo e medico.

A questo scopo, in Romania, negli ultimi anni sono stati avviati programmi nazionali e progetti internazionali o locali su larga scala, coinvolgendo esperti e specialisti in vari settori (medici di varie specializzazioni, infermieri, dietisti, fisioterapisti, insegnanti, allenatori sportivi, psicologi, farmacisti, esperti dell'industria alimentare, associazioni professionali o interdisciplinari di nutrizione, chef, media), per scopi educativi, di intervento nella comunità e di terapia comportamentale, nel contesto della medicina dello stile di vita.

5.1 Prevalenza

Secondo EUROSTAT, nel 2019 lo 0,8% della popolazione rumena era sottopeso, il 40,6% aveva un rapporto peso/altezza normale e al 10,9% della popolazione era stata diagnosticata l'obesità. [I rapporti della World Obesity Federation per il 2019 mostrano che il 47,7% della popolazione adulta (+18 anni) ha un leggero eccesso di peso (sovrappeso). Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, c'è una maggiore incidenza nei maschi per il sovrappeso: 55,9% e 11,1% per l'obesità, rispettivamente. Le femmine sono meno colpite dal sovrappeso (40,1%) rispetto ai maschi, con quasi la stessa percentuale di obesità (10,8%). [2,3]

La prevalenza dei disturbi alimentari non è ben rappresentata nelle statistiche e varia intorno allo 0,8% (per la bulimia) e all'1,2% per l'anoressia, con ampie variazioni a seconda dei Paesi. In Romania, le cifre indicative sono 0,6-0,9%, con la menzione che in realtà la prevalenza

può essere molto più alta. L'obesità, lo stress, la pubertà e i traumi psico-emozionali sono i principali fattori di influenza. [4.5]

Nel 2017, in seguito a valutazioni antropometriche, il 52,5% della popolazione adulta è stato diagnosticato come sovrappeso e il 10,4% come obeso. Ben il 59,2% della popolazione maschile era in sovrappeso e il 10,4% era obeso. Nel caso delle femmine, il 46,3% è stato incluso nella categoria del sovrappeso, mentre il 10,4% nella categoria dell'obesità, senza conoscere esattamente il tipo di obesità o il valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC). Queste categorie sono state realizzate secondo gli standard internazionali per tutti gli anni di riferimento, includendo quindi la categoria degli adulti in sovrappeso con un IMC compreso tra 25 e 29,9 kg / m² e la categoria dell'obesità per quelli con un IMC superiore a 30 kg / m². [3]

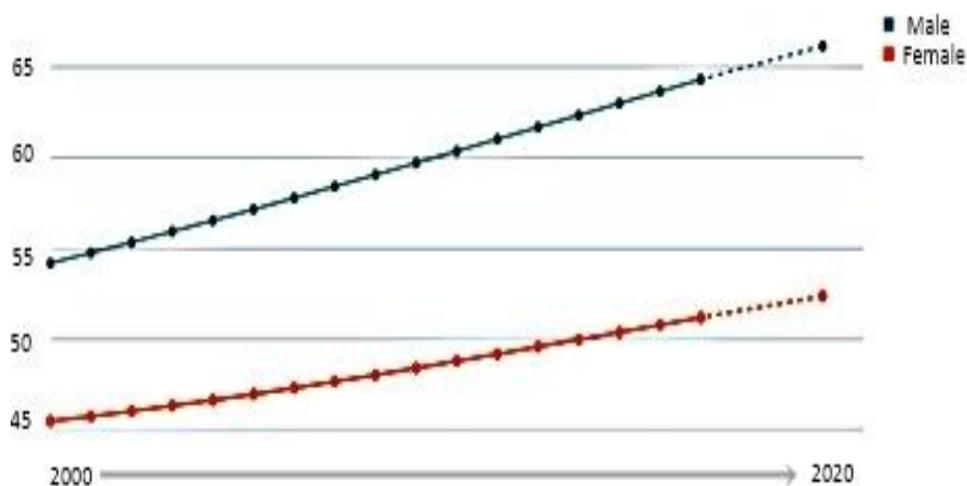


Fig.1 Prevalenza del sovrappeso nella popolazione adulta [4]

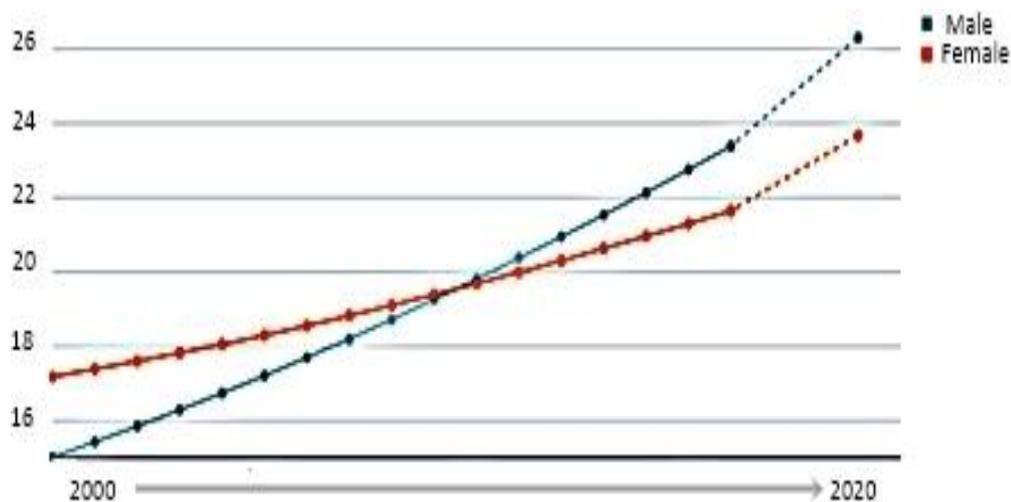


Fig.2 Prevalenza dell'obesità nella popolazione adulta [4]

Secondo i dati attuali, si stima che senza interventi adeguati l'incidenza dell'obesità nella popolazione adulta raggiungerà il 28,9%. [7]

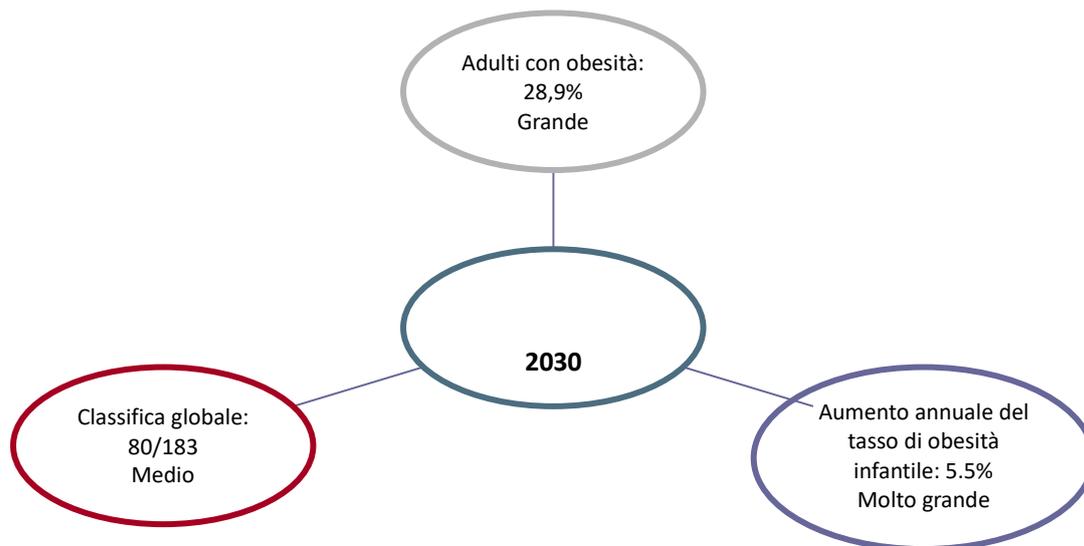


Fig.3 Stime per il 2030 [7]

Le stime per i maschi mostrano un aumento significativo del numero di pazienti (31,46%) con diagnosi di obesità di grado I (IMC ≥ 30), l'equivalente di oltre 2 milioni di persone. L'obesità di grado II (IMC ≥ 35) e III (IMC ≥ 40) raggiunge il 10%. Le stime per le femmine mostrano una minore incidenza di obesità di grado I, raggiungendo una percentuale del 26,46%, equivalente a oltre 2 milioni di persone. Per quanto riguarda l'obesità di grado II, si registra un leggero aumento percentuale rispetto ai maschi, raggiungendo una percentuale del 9,45%. L'obesità patologica/di III grado mantiene valori compresi tra il 2 e il 3% per ciascun sesso. [7]

Tabella 1. Stime dell'evoluzione del genere per il 2030 [5]

	Genere femminile	Genere maschile
BMI≥ 30	26.46%	31.46%
BMI≥ 35	9.45%	7.93%
BMI≥ 40	2.71%	2.04%

Le stime per il 2030 indicano che nei bambini l'incidenza dell'obesità aumenterà rispettivamente al 20,06% (5-9 anni) e al 14,3% (10-19 anni). [7]

Tabella 2. Stime di prevalenza dell'obesità per il 2030 [7]

Paese incluso nella categoria	Prevalenza%
<i>Turchia</i>	19%
<i>Croazia</i>	
<i>Ungheria</i>	
<i>Grecia</i>	18%
<i>Serbia</i>	
<i>Bulgaria</i>	
<i>Slovenia</i>	17%
<i>Macedonia settentrionale</i>	
Romania	16%

Così, nel periodo 2010-2030, l'aumento annuale dell'obesità negli adulti è dell'1,7%, mentre per i bambini le variazioni sono importanti, con valori fino al 5,5%. Secondo questi dati, il

31,1% dei decessi è dovuto a malattie non trasmissibili e a patologie che includono l'obesità per tutte le fasce d'età. [7]

L'Institute for Health Metrics and Evaluation insieme alla World Obesity Federation ha classificato la Romania nel 2020 tra i primi 10 Paesi europei in cui l'IMC ha influenzato in modo significativo gli anni di vita aggiustati in base alla disabilità (DALY) e il tasso di mortalità. La Romania si posiziona in questa valutazione insieme a Bulgaria, Ucraina, Serbia, Ungheria, Bielorussia, Lettonia, Georgia e Macedonia settentrionale. Inoltre, nelle stime sull'evoluzione dell'obesità infantile, la Romania è in cima ai 10 Paesi europei con i maggiori problemi, insieme a Slovenia, Albania, Serbia, Bulgaria, Turchia, Ungheria, Croazia, Grecia e altri. [7]

Tabella 3. Influenza significativa del BMI sugli anni di vita corretti per la disabilità [5].

Paese incluso nella categoria	Influenza
<i>Bulgaria</i>	7.97
<i>Ucraina</i>	6.58
<i>Macedonia settentrionale</i>	5.91
<i>Georgia</i>	5.78
<i>Serbia</i>	5.58
<i>Montenegro</i>	5.4
<i>Ungheria</i>	5.35
Romania	5.35
<i>Lettonia</i>	5.26
<i>Bielorussia</i>	5.07

In termini di approccio e intervento sull'obesità, la Romania è tra i Paesi meno preparati, con una posizione complessiva dell'80%, insieme ad Azerbaigian, Uzbekistan, Turkmenistan, Tagikistan, Ucraina, Repubblica di Moldova e Georgia. [7]

Tabella 4. Classifica generale per l'approccio e l'intervento nell'obesità [7]

Paese incluso nella categoria	Classifica globale
<i>Turkmenistan</i>	126
<i>Tagikistan</i>	126
<i>Uzbekistan</i>	121
<i>Azerbaigian</i>	101
Romania	80
<i>Ucraina</i>	79
<i>Repubblica di Moldova</i>	77
<i>Georgia</i>	74
<i>Serbia</i>	60

I disturbi alimentari possono essere di diversi tipi, ma i più noti e diagnosticati sono l'anoressia e la bulimia. Colpiscono soprattutto le giovani adolescenti, ma il 10% dei casi si verifica nei giovani uomini. Si tratta di disturbi psico-somatico-fisiologici complessi, che coinvolgono componenti psicologiche, neurobiologiche e socio-culturali e che necessitano di un supporto interdisciplinare a lungo termine. Un esempio per la Romania è l'Associazione per la prevenzione e il trattamento dei disturbi alimentari - APTTA, fondata nel 2012. La sua missione è migliorare le azioni di prevenzione, individuazione e trattamento dei disturbi alimentari in Romania, fornendo informazioni, aiuto specializzato e assistenza ai pazienti e al loro entourage familiare: online, attraverso gruppi di supporto, consulenza e psicoterapia (<http://www.anorexie-bulimie.ro/>).

5.2 Guide e standard

Guida a una dieta sana

Le raccomandazioni nutrizionali rumene si basano su una guida dietetica pubblicata nel 2006, *Guide to Healthy Eating*, redatta dalla Romanian Nutrition Society e sostenuta dal Ministero della Salute. Include informazioni di base come i dati teorici sul metabolismo energetico, il fabbisogno e le fonti di macronutrienti e/o micronutrienti, il fabbisogno idrico, le influenze e i cambiamenti nel corso della vita, le valutazioni nutrizionali e le raccomandazioni nutrizionali nazionali di base. [8]

Le raccomandazioni nutrizionali si basano su una piramide alimentare presentata brevemente, senza un aggiornamento regolare.

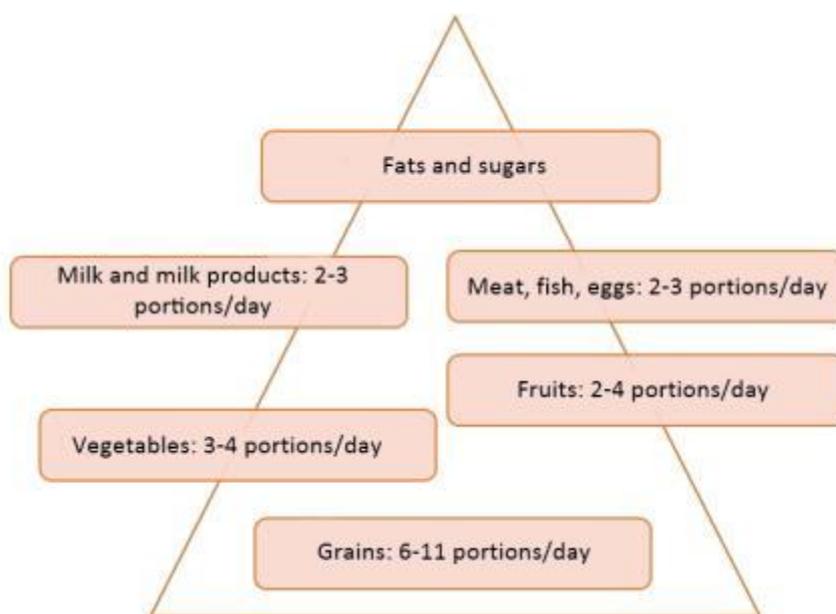


Fig.4 Piramide alimentare secondo la Healthy Eating Guide, 2006 [8]

Raccomandazioni dietetiche più dettagliate, che includono il fabbisogno di macronutrienti e il fabbisogno energetico, sono riportate nella Tabella 5.

Tabella 5. Fabbisogno di macronutrienti secondo la Healthy Eating Guide (Guida all'alimentazione sana), 2006 [8].

<i>Età e sesso</i>	<i>L'energia necessaria al giorno</i>	<i>Proteine richieste%</i>	<i>Carboidrati richiesti%</i>	<i>Lipidi richiesti%</i>
<i>1-3 anni, entrambi i sessi</i>	1300	15	55	30
<i>4-6 anni, entrambi i sessi</i>	1830	14	54	31
<i>7-9 anni, entrambi i sessi</i>	2190	13	55	32
<i>10-12 anni, maschio *</i>	2600			
<i>13-15 anni, maschio *</i>	2490		58	
<i>16-19 anni, maschio *</i>	2310			30

Adulti, donne	2200			
Adulti, maschi	2900			

** Nella guida mancano le raccomandazioni per le donne.*

Guida alla prevenzione - Stile di vita sano e altri interventi preventivi prioritari per le malattie non trasmissibili nell'assistenza primaria

Nel 2016, nell'ambito del programma Public Health Initiatives, è stata pubblicata la Guida alla prevenzione - Stile di vita sano e altri interventi preventivi prioritari per le malattie non trasmissibili nelle cure primarie. Al suo interno, gli approcci principali sono incentrati sulla dieta e sull'attività fisica. [9]

La piramide alimentare presentata comprende i gruppi alimentari di base, con alcune modifiche significative rispetto a quelle indicate nella guida precedente.

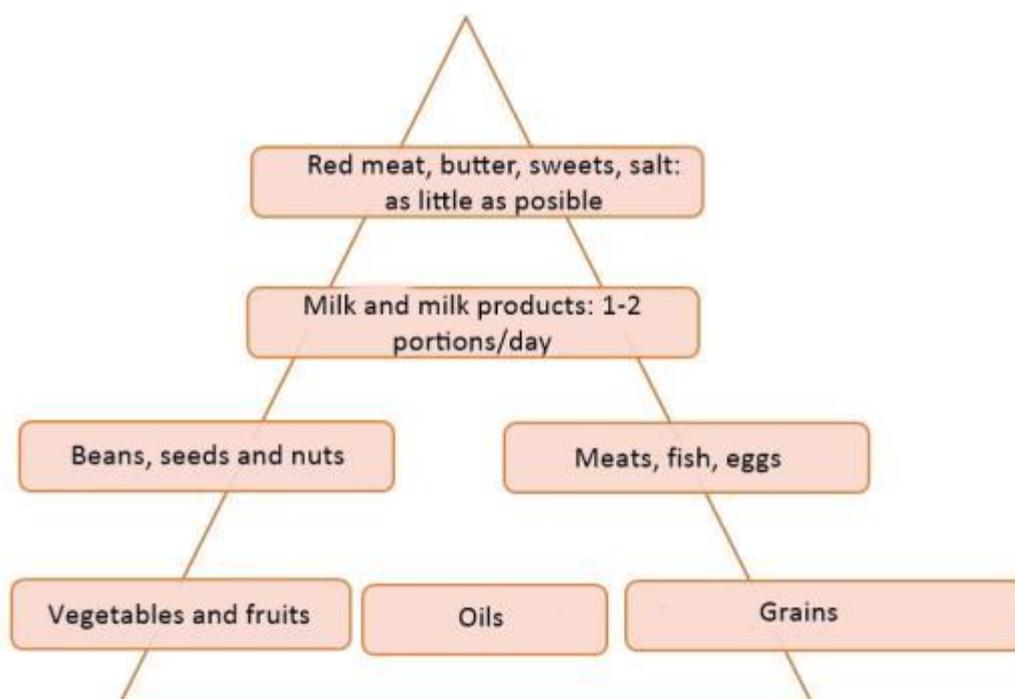


Fig.5 Piramide alimentare della Guida alla prevenzione, 2016[9]

A differenza della precedente, questa guida presenta anche il piatto della sana alimentazione, uno schema che corrisponde alle linee guida internazionali e ufficiali della Harvard School of Public Health. [9,10]

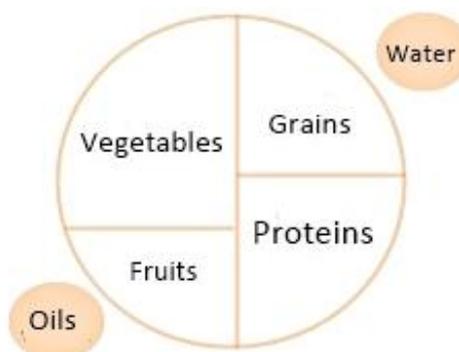


Fig.6 Guida alla prevenzione Piatto per un'alimentazione sana, 2016 [9]

Sebbene entrambi gli approcci includano principalmente indicazioni per una dieta onnivora, l'attuale guida fornisce anche raccomandazioni per le persone con una dieta vegetariana o vegana. Include inoltre varie raccomandazioni per il rispetto di una dieta sana, attraverso raccomandazioni internazionali e nazionali come i principi della dieta DASH, i principi della dieta mediterranea, l'elenco degli alimenti sconsigliati nelle scuole, i principi di una dieta equilibrata per i bambini di età superiore ai 2 anni, ecc. [9]

Un aspetto importante è il principio di standardizzazione degli interventi per l'obesità presentato nella sezione degli allegati, con raccomandazioni mirate basate su una valutazione antropometrica dettagliata: determinazione del peso, dell'altezza e del rapporto (BMI), determinazione e valutazione della circonferenza addominale, ma anche la possibile connessione tra i due. La guida include anche raccomandazioni per una valutazione alimentare basata su un diario alimentare e dettagli su come può essere progettato correttamente. [9]

Per quanto riguarda l'attività fisica, la guida incoraggia la valutazione del suo livello con vari metodi, come l'anamnesi dettagliata, i questionari di frequenza e la caratterizzazione dell'attività sportiva, ma anche con altri metodi, come l'uso di pedometri e altri dispositivi di monitoraggio. Le raccomandazioni di base per l'attività fisica sono presentate nella Tabella 6. [9]

Tabella 6. Raccomandazioni per le attività sportive [9]

	<i>Raccomandazione</i>
<i>Bambini sotto i 5 anni</i>	Almeno 3 ore al giorno, tutti i giorni, attraverso attività adatte all'età (principalmente sotto forma di gioco e attività ricreative), sotto supervisione.
<i>Bambini di età compresa tra i 5 e i 17 anni</i>	Attività di intensità moderata - intensa, almeno 3 volte alla settimana
<i>Adulti</i>	2,5 - 5 ore di attività alla settimana a intensità moderata o 1 - 2,5 ore a settimana ad alta intensità

Altre guide

Sempre nel 2016 sono state pubblicate a livello nazionale diverse guide per sostenere uno stile di vita sano e ridurre il rischio di obesità, come:

- Guida alla prevenzione - Stile di vita sano e altri interventi preventivi prioritari per le malattie non trasmissibili nelle cure primarie; [11]
- Guida alla prevenzione - Interventi preventivi sullo stile di vita. Consumo di alcol; [12]
- Guida alla prevenzione - Interventi preventivi sullo stile di vita. Fumo; [13]
- Guida alla prevenzione - Problemi di alimentazione, crescita e sviluppo nei bambini: alimentazione 0-2 anni, disturbi della crescita e dello sviluppo; [14]
- Guida alla prevenzione - Consulenza preventiva integrata. Interventi raccomandati per il bambino. Interventi raccomandati per gli adulti. [15]

Nel 2021, l'Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia "George Emil Palade" di Târgu Mureș ha pubblicato la Guida alla Nutrizione Comunitaria, dedicata alle strategie di intervento nutrizionale preventivo della comunità nel ciclo di vita, soprattutto nell'infanzia. [16]

5.3 Iniziative nazionali e locali

La Romania ha sviluppato nel tempo una moltitudine di programmi nazionali e locali per prevenire l'obesità e sensibilizzare al problema. Dal 2014 al 2020, il Ministero della Salute si è dotato di una strategia sanitaria nazionale per prevenire e combattere l'obesità negli adulti e nei bambini, finanziando e organizzando varie campagne per la popolazione.

Campagne nazionali

- La campagna del mese nazionale di informazione sugli effetti dell'alimentazione/nutrizione, un programma del Ministero della Salute, realizzato a livello locale attraverso le Direzioni di Salute Pubblica per aumentare il livello di conoscenza della popolazione e migliorare lo stile di vita e le condizioni di salute [17].
- Le campagne sono organizzate annualmente in occasione della Giornata Europea contro l'Obesità (ZEIO), programmi organizzati dalle Direzioni di Sanità Pubblica. Si tratta di un progetto in cui i beneficiari vengono informati sulla diagnosi di questa patologia, sulle implicazioni, sulle possibili complicazioni, ecc. [18]
- Il programma Roll and Milk è un programma nazionale avviato nel 2002 attraverso il quale i bambini delle scuole primarie e secondarie ricevono ogni giorno un prodotto lattiero-caseario e un prodotto da forno [19,20].
 - Il programma " Frutta nelle scuole " è un programma nazionale avviato nel 2008 per fornire educazione alimentare e consegnare frutta fresca ai bambini due volte alla settimana. Il programma è destinato ai bambini in età prescolare e scolare [19,20].
- Il programma di pasti caldi - un programma realizzato nelle scuole, in fase di espansione, lanciato nel 2016 [21].

Campagne locali

Altre organizzazioni che hanno implementato e/o sostenuto attività nazionali per ridurre questa patologia sono la Coalizione nazionale per la lotta all'obesità; il Forum rumeno per l'obesità; la Società rumena di nutrizione; la Fondazione per l'alimentazione sana; l'Associazione per la consulenza e l'educazione alla salute - Iasi; l'Associazione medica per la prevenzione degli stili di vita - Bucarest; l'ASCOTID Mureș; l'Associazione rumena dei dietisti; l'Associazione rumena di nutrizione e dietetica; l'Associazione ProNutrition - Târgu Mureș; le università del Paese che hanno un programma di nutrizione e dietetica, ecc.

I famosi progetti sviluppati per la prevenzione e il trattamento dell'obesità a livello locale sono:

- Programma *Sănătos de mic (Programma per la salute in età precoce)* - un programma dell'Associazione per la salute delle madri e dei bambini di Cluj-Napoca, il cui scopo è l'educazione alimentare dei bambini in età prescolare, delle loro famiglie e del personale delle istituzioni educative, svolto in oltre 200 asili. Attualmente fornisce una guida nutrizionale per i genitori e giochi educativi per i bambini [22].
- Programma *Și eu trăiesc sănătos (Anch'io ho una vita sana)* - sviluppato dall'associazione PRAIS di Bucarest, mira a combattere le malattie non trasmissibili, basandosi principalmente su varie attività extracurricolari per promuovere uno stile di vita equilibrato nei bambini della scuola primaria e nelle famiglie [23].
- Il programma educativo per la prevenzione dell'obesità tra i bambini di Iași, intitolato *Traista cu sănătate - Tradizioni sane per bambini sani*, con guide e campagne educative dedicate agli studenti delle scuole medie, è stato premiato nel 2021 dalla Commissione Europea con l'EU Health Award, nella categoria Healthy Lifestyle Cities. [24]

Sebbene la Romania abbia un gran numero di progetti locali e nazionali incentrati sulla prevenzione dell'obesità, sull'educazione alla salute e sull'aumento della qualità della vita, secondo le statistiche l'incidenza dell'obesità è ancora in aumento in tutte le fasce d'età. Pertanto, riteniamo che l'intervento nutrizionale sia necessario in diversi campi:

- Formare il personale medico alla valutazione e al trattamento dell'obesità infantile per ridurre sia il numero di bambini in sovrappeso sia il numero di adulti in sovrappeso.
- Formazione del personale educativo nel campo della nutrizione per aumentare il livello di informazione ricevuto dai bambini nelle istituzioni educative
- Educare i bambini di tutte le età attraverso corsi obbligatori e/o facoltativi di educazione alimentare e alla salute.
- Modifica delle norme legislative sulla qualità degli alimenti negli istituti scolastici
- Aggiornare le linee guida dietetiche esistenti e redigerne di nuove in linea con le attuali raccomandazioni nutrizionali.
- Implementazione di campagne e programmi di educazione alimentare e sanitaria incentrati sui problemi esistenti a livello locale/nazionale e adattamento di quelli esistenti in base all'evoluzione e all'efficacia osservate.
- Scrivere e diffondere semplici materiali nutrizionali per la popolazione, per aumentare il livello di conoscenza.

Sia l'obesità che i disturbi alimentari sono condizioni complesse e multifattoriali, in costante aumento, e l'approccio per la loro prevenzione e il loro trattamento deve includere reti di attività multidisciplinari, diete personalizzate, consulenza psicologica, monitoraggio continuo, terapia comportamentale, comunicazione efficace e soprattutto compassione.

Riferimenti

- [1] Eurostat. "Indice di massa corporea (IMC) per sesso, età e quintile di reddito" 2019. su https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en
- [2] Federazione mondiale dell'obesità. "Romania", 2019, su https://data.worldobesity.org/country/romania-178/#data_prevalence
- [3] EUROSTAT. "Statistiche sanitarie - Atlante della mortalità nell'Unione europea", Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Belgio, 2009, ISBN 978-92-79-08763-9.
- [4] Kessler RC, Shahly V, Hudson JI, et al. "A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorders and bulimia nervosa: results from the WHO World mental Health Surveys", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2014, 23:27-41.
- [5] Iorga M, Manole I, Pop L, Muraru ID, Petrariu FD. "Disturbi alimentari in relazione alle abitudini alimentari tra gli studenti di Farmacia in Romania", *Farmacia*, 2018, 6:97-109.
- [6] Collaborazione sui fattori di rischio delle MNT. "Valori per il periodo 2000-2016", su <http://ncdrisc.org/data-downloads.html>.
- [7] Federazione mondiale dell'obesità. "Atlante mondiale dell'obesità 2022", Londra, 2022.
- [8] Societatea de Nutriție din România. "Ghid pentru alimentația sănătoasă", Edit. Performantica, Iași, 2006, ISBN 973-730-240-4
- [9] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghid de prevenție - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară", București, 2016, ISBN 978-973-0-22797-0
- [10] Pubblicazioni sanitarie di Harvard. "Confronto tra il piatto per un'alimentazione sana e il MyPlate dell'USDA", disponibile all'indirizzo <http://www.health.harvard.edu/plate/comparison-of-healthy-eating-plate-and-usda-myplate>.

- [11] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghidul de prevenție - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară", București, 2016, ISBN 978-973-0-22796-3
- [12] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghid de prevenție - Intervențiile preventive adresate stilului de viață. Consumul de alcool" , București, 2016, ISBN 978-973-0-22798-7.
- [13] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghid de prevenție - Intervențiile preventive adresate stilului de viață. Fumatul", București, 2016, ISBN 978-973-0-22799-4.
- [14] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghid de prevenție - Probleme de nutriție, creștere și dezvoltare la copil: alimentația 0-2 ani, tulburările de creștere și dezvoltare", București, 2016, ISBN 978-973-0-22801-4
- [15] Centro Nazionale di Studi sulla Medicina Familiare. "Ghid de prevenție - Consultația preventivă integrată. Intervenți recomandati dal medico. Intervențiile recomandate la adult", București, 2016, ISBN 978-973-0-22802-1
- [16] Martin ȘA, Hădmaș R, Tarcea M. "Ghid de Nutriție comunitară", Edit. University Press Târgu Mureș, 2021, ISBN 978-973-169-737-6
- [17] Ministerul Sănătății. "Campania Luna națională a informării despre efectele nutriției/alimentației", 2021, Disponibil la <https://www.ms.ro/2021/10/27/campania-luna-nationala-a-informarii-despre-efectele-nutritiei-alimentatiei/>
- [18] Institutul Național de Sănătate Publică, "Ziua europeană împotriva obezității", România, 2019 disponibil la www.insp.gov.ro
- [19] Curtea de Conturi Europeană. "Raportul special nr 10 - Sunt eficace programele "Lapte în școli" și "Fructe în școli"", 2011
- [20] Consiliul Județean Cluj. "Ghid privind derularea programului pentru școli al României (lapte, mais, fructe și legume) în instituțiile de învățământ școlar și preșcolar de stat și privat acreditat din județul Cluj", Cluj Napoca, 2017
- [21] Governo di Roma. "Hotărârea de Guvern nr. 92/2017 privind aprobarea Programului pilot de acordare a unui suport alimentar pentru preșcolari și elevi din 50 de unități de învățământ preuniversitar de stat", București, 2017
- [22] Asociația SAMAS. "Sănătos de mic", su <https://sanatosdemic.ro/>.
- [23] Fundația PRAIS. "Și eu trăiesc sănătos", in www.sets.ro.
- [24] Fundația Tradiții sănătoase și Universitatea de Medicină și Farmacie Iași. "Traista cu sănătate", disponibile su <https://tradiții-sanatoase.ro/programul-traista-cu-sanatate/>.

6. Obesità e disturbi alimentari (ED) - Rapporto locale in Serbia

Sanja Mazić

Università di Belgrado, Facoltà di Medicina
Belgrado, Serbia
sanja.mazic@med.bg.ac.rs

Danka Sinadinović

Università di Belgrado, Facoltà di Medicina
Belgrado, Serbia
danka.sinadinovic@med.bg.ac.rs

Stevan Mijomanović

Università di Belgrado, Facoltà di Medicina
Belgrado, Serbia
stevan.mijomanovic@med.bg.ac.rs

Abstract. *Questo capitolo fornisce un quadro della situazione nazionale e locale dell'obesità e delle ED in Serbia. Si concentra in particolare sui dati statistici, sulle linee guida, sulle normative e sulle raccomandazioni, nonché sulla promozione del benessere in relazione a un'alimentazione sana e corretta e all'attività fisica. Le informazioni contenute in questo capitolo riguardano la popolazione generale della Serbia, ma si concentrano in particolare su bambini e adolescenti. Una delle principali conclusioni è che, sebbene esistano dati sufficienti, una serie di iniziative e raccomandazioni in materia di obesità e alimentazione sana, esiste una lacuna per quanto riguarda le ED.*

Parole chiave: obesità, anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, Serbia

6.1 Introduzione

Il ritmo di vita veloce ha imposto numerose sfide all'uomo/donna e al bambino moderno. Una delle principali conseguenze di questo stile di vita è la compromissione del benessere e della salute in generale. La salute è diventata una merce per la maggior parte delle persone e la maggioranza non ha i mezzi, il tempo o le informazioni necessarie per condurre uno stile di vita sano. Una delle ripercussioni è il drastico cambiamento delle diete e delle abitudini alimentari. In particolare, oggi le persone tendono a saltare la colazione, a fare spuntini eccessivi, a evitare frutta e verdura, a consumare poche fibre e carboidrati complessi e a optare spesso per cibi preconfezionati o per il cosiddetto cibo spazzatura/veloce, estremamente calorico. Inoltre, a causa dell'industrializzazione e della globalizzazione, cioè del dominio di Internet e del fatto che un gran numero di lavori prevede di lavorare al computer o da casa, si è registrato un aumento significativo della sedentarietà seguito da una mancanza di attività fisica, un'altra conseguenza del ritmo di vita veloce e della diminuzione del tempo libero. Questi fenomeni non hanno colpito solo gli adulti, ma anche i bambini e gli adolescenti, che si affidano sempre più alla tecnologia (ad esempio videogiochi, app, social media, ecc.); il tempo trascorso sullo schermo può portare alla noia e persino all'ansia, con il risultato di spuntini continui o episodi di sovralimentazione [1]. In particolare nei giovani adulti e negli adolescenti, eventi traumatici o grandi eventi della vita possono esacerbare e causare condizioni come ansia, depressione, fobie, ecc. che possono

anche essere una porta d'accesso alla sovralimentazione e all'obesità, o ad altri problemi e condizioni mentali come i disturbi alimentari (ad esempio anoressia e bulimia nervosa) [1][2]. Oltre a questi fattori esterni, anche i fattori genetici e biologici possono contribuire in modo significativo all'obesità e ai disturbi del comportamento alimentare. Sia l'obesità che i disturbi dell'alimentazione stanno diventando problemi importanti per la salute pubblica in Serbia, soprattutto se si considerano i bambini, gli adolescenti e i giovani adulti [3][4].

Questo capitolo si propone di fornire una panoramica dei dati relativi all'obesità e alle ED in Serbia, con particolare attenzione ai bambini e agli adolescenti. Inoltre, il capitolo discuterà la situazione e le tendenze attuali, presenterà le linee guida e gli standard esistenti per il trattamento dell'obesità e delle ED, ed esplorerà le iniziative nazionali e locali per la promozione di un'alimentazione sana e del benessere.

6.2 Alimentazione sana per i giovani con obesità e ED - prospettiva serba

La ricerca condotta nel 2019 [5] ha misurato il BMI nella popolazione serba di età superiore ai 15 anni e i risultati hanno mostrato che più della metà dei partecipanti era in sovrappeso o obesa (grafico 1). La stessa ricerca ha esplorato anche lo stato di nutrizione dei bambini di età compresa tra i 5 e i 14 anni. I risultati relativi a questo gruppo mostrano che il 12,9% dei bambini è obeso, mentre il 16,6% è in sovrappeso [5]. Il gruppo più colpito è quello dei bambini di 5-6 anni (grafico 2).

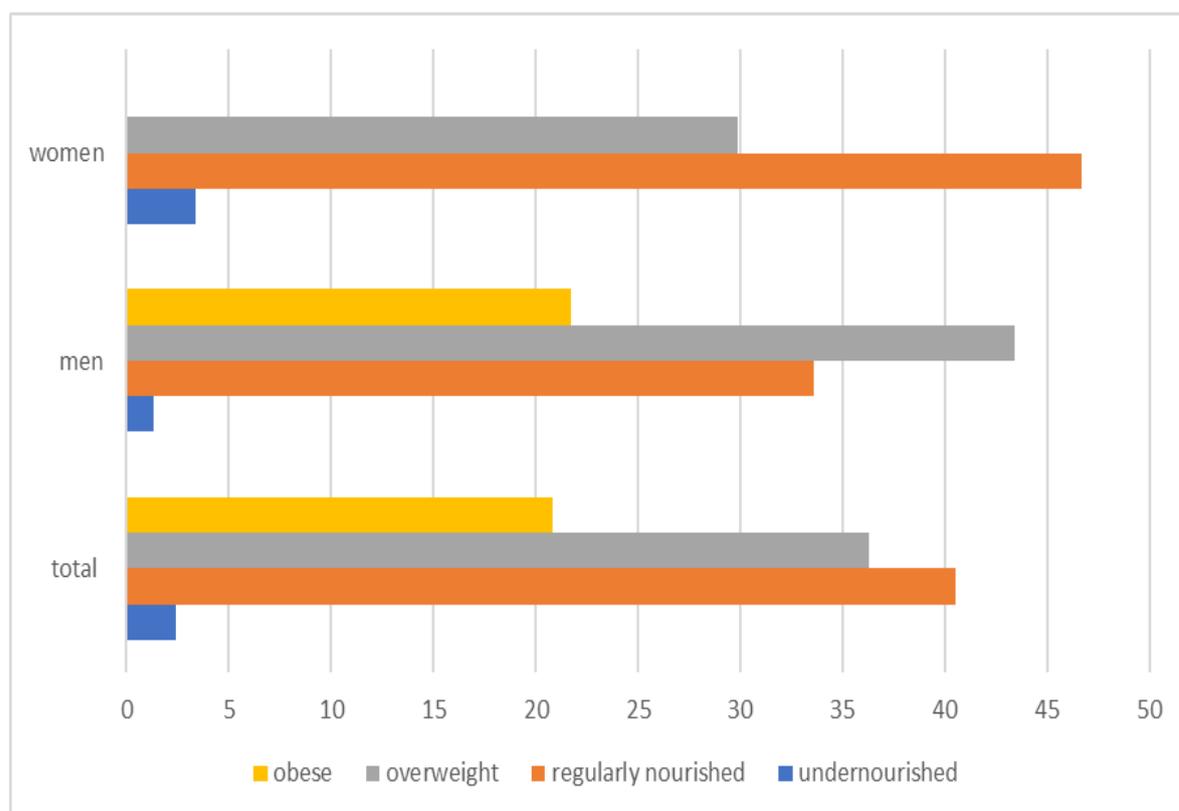


Grafico 1. Stato di nutrizione della popolazione di età superiore ai 15 anni in Serbia (2019)¹⁸

¹⁸ Adattato da *Indagine sulla salute della popolazione della Serbia 2019 (Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2019)*, Ufficio statistico della Repubblica di Serbia, Istituto di sanità pubblica della Serbia e Ministero della salute della Repubblica di Serbia [5].

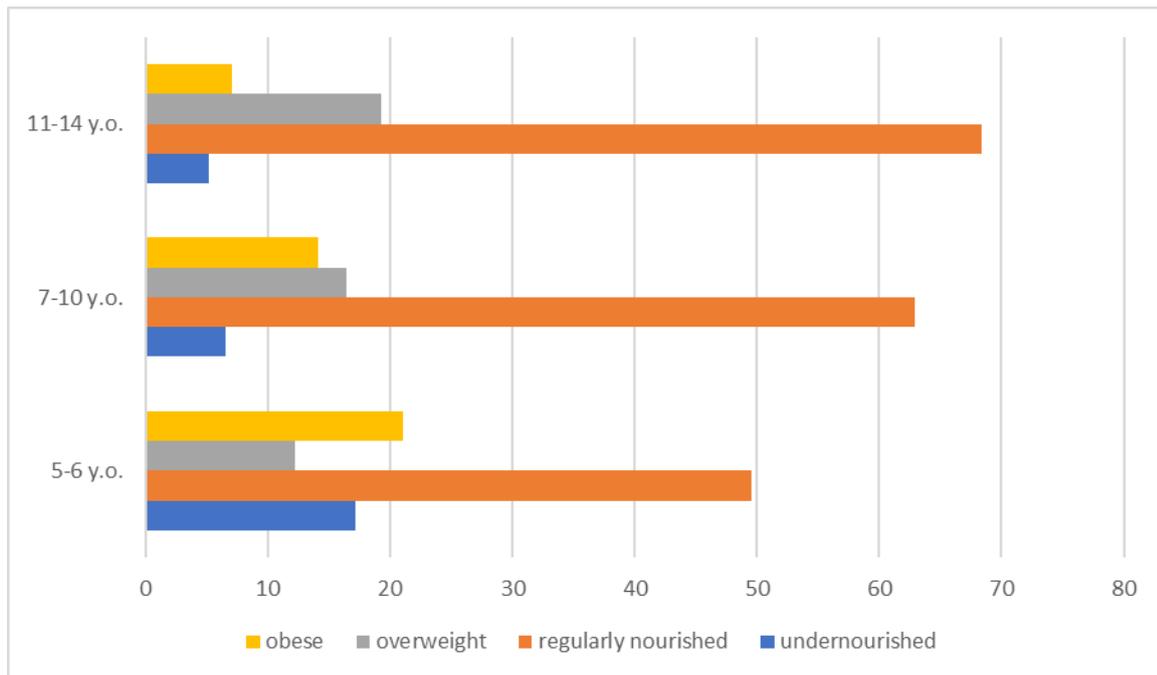


Grafico 2. Lo stato di nutrizione dei bambini in Serbia (2019)¹⁹

Questa ricerca ha anche dimostrato che circa la metà dei bambini serbi di età compresa tra i 5 e i 14 anni consuma quotidianamente frutta e verdura, mentre l'altra metà consuma questi gruppi alimentari raramente o mai. Si osservano differenze significative tra i bambini in base alla posizione sociale e geografica. In particolare, i bambini che vivono nella capitale o che provengono da famiglie benestanti mangiano frutta e verdura molto più spesso. Quasi la metà beve bevande analcoliche zuccherate almeno 4 volte alla settimana, mentre quasi un quinto le beve quotidianamente. [5]

Secondo la stessa ricerca, più di due terzi dei bambini in Serbia partecipano a qualche tipo di attività fisica almeno una volta alla settimana/quasi 4,8 ore alla settimana (i ragazzi più regolarmente delle ragazze).

Obesità in Serbia

La recidiva del peso, ovvero l'obesità, sembra essere diventata un'epidemia e una delle minacce alla salute pubblica meno riconosciute sia a livello globale che in Serbia [4][6].

Secondo i dati ufficiali, nel 2000 in Serbia l'8,2% dei bambini e degli adolescenti (dai 7 ai 17 anni) era in sovrappeso, mentre il 4,4% era obeso. Nel 2006, la prevalenza è aumentata, per cui c'era l'11,6% di bambini e adolescenti in sovrappeso e il 6,4% di obesi. Infine, nel 2013 la percentuale di individui in sovrappeso ha raggiunto il 13,7% nella popolazione di bambini dai 7 ai 14 anni [3]. Tuttavia, secondo il Ministero della Salute della Repubblica di Serbia i risultati sono ancora più preoccupanti, in quanto hanno riferito che nel 2013 c'era il 20,2% di adolescenti in sovrappeso e l'8,9% di obesi [7]. In seguito a queste segnalazioni, nel 2018 il governo della Repubblica di Serbia ha adottato il Programma nazionale per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adulti.

Secondo il rapporto nazionale Health Behaviour in School-aged Children in Serbia 2017 (HBSC), uno studio collaborativo dell'OMS, condotto e pubblicato per la Serbia dall'Istituto di Sanità Pubblica della Serbia, quasi un quinto degli studenti è in sovrappeso (18,2%) mentre uno studente su sei è obeso (5,7%). La percentuale più alta di studenti sottopeso (4,4%) e obesi

¹⁹ Adattato da *Indagine sulla salute della popolazione serba 2019 (Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2019)*, Ufficio statistico della Repubblica di Serbia, Istituto di sanità pubblica della Serbia e Ministero della salute della Repubblica di Serbia (Milic et al. 2021).

(7,8%) si registra tra le ragazze di 11 anni, mentre la percentuale più alta di studenti in sovrappeso si registra tra i ragazzi di 13 anni (21,1%). Per quanto riguarda l'immagine del corpo, il 13,7% degli studenti ritiene che il proprio peso sia inferiore a quello desiderabile, mentre il 26,1% si considera obeso. Inoltre, il 17,2% degli studenti è stato a dieta o ha intrapreso qualche altra azione per ridurre il peso. Durante la settimana lavorativa, il 58,8% degli studenti fa colazione ogni giorno, mentre il 7,5% non fa mai colazione. Una ragazza di 15 anni su dieci non fa mai colazione durante la settimana lavorativa. Il 42,2% degli studenti consuma frutta ogni giorno (45,3% ragazze, 39,1% ragazzi), mentre il 2,6% non consuma mai frutta (2% ragazze, 3,2% ragazzi). Il 42% degli studenti consuma quotidianamente verdura (46,7% ragazze, 37,3% ragazzi), mentre il 4,3% non la consuma mai (3,5% ragazze, 5% ragazzi). Circa un quinto degli studenti beve quotidianamente bevande analcoliche zuccherate (22,4%), i ragazzi più spesso delle ragazze. Il consumo di bevande analcoliche dolci aumenta con l'età. Più di un terzo degli studenti mangia dolci ogni giorno (35,8%), i ragazzi più spesso delle ragazze. Il consumo di bevande analcoliche zuccherate e di dolci aumenta con l'età sia nelle ragazze che nei ragazzi. Un terzo degli studenti era fisicamente attivo ogni giorno per un'ora (33,6%), mentre al di fuori delle classi scolastiche la metà degli studenti svolgeva attività fisica quattro volte a settimana o più (51,1%), in linea con le raccomandazioni. In tutte le fasce d'età, i ragazzi erano più attivi fisicamente delle ragazze e con l'avanzare dell'età è evidente una diminuzione dei livelli di attività fisica, soprattutto nelle ragazze. Quattro quinti dei bambini (82,5%) consumano latticini/bevono almeno una tazza di latte al giorno. Il consumo di latte e latticini è aumentato dal 2013 e dal 2006 (rispettivamente 74,2% e 60,4%). Un bambino su due mangia quotidianamente frutta (52,3%) e verdura (53,9%). Due terzi dei bambini (68,5%) svolgono attività fisiche nel tempo libero. Rispetto all'indagine precedente (2013) si è registrata una diminuzione dell'attività fisica nella popolazione dei bambini in età scolare. [8]

Secondo l'Indagine sulla salute della popolazione serba 2019, condotta dall'Ufficio statistico della Repubblica di Serbia, in collaborazione con l'Istituto di sanità pubblica della Serbia e il Ministero della Salute della Repubblica di Serbia, con il sostegno finanziario dell'UE, tra i bambini di età compresa tra i 5 e i 14 anni il 12,9% è obeso, mentre il 16,6% è moderatamente obeso. Un numero considerevolmente più alto di bambini obesi è stato registrato nella popolazione dei bambini in età prescolare. Dalla precedente indagine condotta nel 2013, si è registrato un aumento del numero di bambini obesi nella popolazione dei bambini in età scolare. Nel 2013 nella popolazione dei bambini di età compresa tra i 10 e i 19 anni c'era il 20,2% di adolescenti in sovrappeso e l'8,9% di adolescenti obesi. Rispetto all'indagine condotta nel 2000 si è registrato un aumento degli adolescenti in sovrappeso (5,9%) e dei bambini obesi (4,5%). [5]

Le ultime informazioni sull'obesità in Serbia si trovano nella Guida nazionale alla buona pratica clinica - trattamento dell'obesità (2022), dove sono state presentate le previsioni della World Obesity Federation per la Serbia. In particolare, si prevede che entro il 2030 il 27,8% degli adulti sarà obeso, con un aumento annuale del peso dell'1,7% per gli adulti e del 4,5% per i bambini tra il 2010 e il 2030. [4]

Nell'ambito del progetto Support for the mental health of young people in Serbia [9], nel 2013 è stata condotta una ricerca dal Centro per l'istruzione, la ricerca e lo sviluppo, con il sostegno del Ministero della gioventù e dello sport. La ricerca ha incluso 40 scuole secondarie in Serbia. I partecipanti erano 1000 (46% di ragazzi e 54% di ragazze). I risultati hanno mostrato che: il 22% dei partecipanti temeva relativamente spesso di ingrassare o pensava di essere già troppo grasso, mentre una ragazza su tre era preoccupata per il proprio peso; il 22% dei partecipanti aveva relativamente spesso episodi di sovralimentazione; il 14% dei partecipanti aveva l'impressione che la propria autostima dipendesse dalla capacità di rimanere magro, il che indica la presenza di una maggiore preoccupazione per l'aspetto fisico ed è in accordo con la pressione sociale di essere "in forma" e l'importanza dell'immagine corporea in questo periodo dello sviluppo; il 18% dei partecipanti saltava relativamente spesso i pasti durante l'intera giornata perché non aveva appetito; il 6% dei partecipanti era preoccupato di essere troppo

magro; il 7% dei partecipanti ha riferito di mangiare troppo velocemente durante gli "attacchi alimentari", di continuare a mangiare anche quando si sentiva già male, di sentirsi preoccupato di non riuscire a controllarsi quando mangiava; la cura per l'aspetto fisico era più evidente nei partecipanti con un'autovalutazione più negativa.

Inoltre, secondo la *Strategia per lo sviluppo della salute dei giovani nella Repubblica di Serbia*, circa il 25% dei giovani della popolazione generale e circa il 50% dei giovani dei gruppi emarginati e socialmente vulnerabili non sono dotati di conoscenze e competenze relative a uno stile di vita sano, compresi i disturbi alimentari. [10]

ED in Serbia

I disturbi alimentari sono una fonte significativa di morbilità (psichiatrica) e rappresentano un problema sociosanitario ed economico rilevante, oltre che una questione allarmante per la salute pubblica a livello mondiale [11]. I disturbi alimentari più comuni comprendono l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED).

L'anoressia nervosa è caratterizzata dal rifiuto di mantenere un peso corporeo sano e adeguato all'età, cioè non da una perdita di appetito, ma da una lotta costante contro lo stimolo a mangiare [12][13]. Inoltre, sono presenti la paura irrazionale di ingrassare, un'immagine corporea distorta e l'amenorrea, nelle donne. L'anoressia è uno dei disturbi mentali con la più alta incidenza di mortalità e colpisce tipicamente giovani donne tra i 13 e i 20 anni [13] o tra i 15 e i 24 [14]. In Serbia, questo disturbo sembra essere prevalente, soprattutto nella popolazione delle ragazze adolescenti [15][16].

La bulimia nervosa è un disturbo psichiatrico comune caratterizzato da ripetuti episodi di alimentazione eccessiva con l'obiettivo di evitare l'aumento di peso [12], da purghe autoinflitte, dall'uso di prodotti per la perdita di peso, lassativi e diuretici e dall'esercizio fisico eccessivo [13]. I segni esteriori della bulimia nervosa includono perdita di smalto dei denti, labbra screpolate, problemi alla tiroide, ciclo mestruale irregolare, ecc. [13] La BN sembra essere più diffusa dell'AN, anche se è più lieve e porta meno comunemente alla mortalità. [17]. Analogamente all'AN, la BN è più diffusa nelle giovani donne e nel 20% dei casi cooccorre con l'AN. [13]

Il disturbo da abbuffate colpisce tipicamente persone che hanno già una percezione fragile del proprio corpo, cioè dell'immagine corporea, ed è particolarmente presente nelle persone che hanno seguito un programma di perdita di peso o che sono obese [14]. I soggetti di mezza età (40-50 anni), più frequentemente di sesso femminile, sono i più colpiti da questo disturbo [14][18]. È caratterizzato da un'alimentazione compulsiva. Nella popolazione studentesca, la sovralimentazione e le diete restrittive sono meccanismi molto comuni utilizzati per superare lo stress indotto da nuovi compiti e obblighi. [19]

A Kragujevac (città della Serbia centrale) è stato condotto uno studio trasversale su 220 partecipanti (16-25 anni) riguardante i comportamenti e gli atteggiamenti relativi all'immagine corporea e all'EDs, utilizzando il test EAT-26 (Eating Attitude Test). I risultati hanno mostrato che il 17,6% dei partecipanti era malnutrito. Il 4,4% di tutti i partecipanti è stato classificato come bulimico subclinico, il 13,7% aveva una DE non altrimenti specificata e l'8,8% soffriva di anoressia subclinica. Lo studio ha concluso che i figli di genitori divorziati e i bambini insoddisfatti del loro status socioeconomico sviluppavano più frequentemente una DE. Inoltre, le ragazze provenienti da aree urbane rispetto a quelle provenienti da aree rurali hanno tipicamente un peso inferiore (con una tendenza all'estrema magrezza) e hanno maggiori probabilità di soffrire di DE. Un dato curioso è stato il numero molto basso di ragazze in sovrappeso rispetto agli studi precedenti. Più della metà delle partecipanti ha espresso il desiderio di perdere peso, anche se il loro peso rientrava nella norma. Un dato particolarmente allarmante è stato il fatto che il 30,4% delle ragazze che hanno partecipato allo studio aveva un punteggio superiore a 20 nell'EAT-26, che è un indicatore del fatto che la Serbia è uno dei Paesi con la più alta prevalenza di DE. [15]

Un altro studio relativo al livello di prevalenza dei DE nella popolazione di studenti universitari (1059) di età media di 22,14±2,29 anni ha esaminato i DE più comuni - anoressia

nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata. I risultati relativi all'AN hanno mostrato che l'1,9% degli studenti può essere diagnosticato come affetto da AN. Per quanto riguarda le studentesse, la prevalenza è stata del 3,2%. La più alta prevalenza di AN è stata riscontrata nei soggetti che soffrono di depressione. Il 13,5% degli studenti ha soddisfatto tutti i criteri diagnostici per la BN. La prevalenza era leggermente più alta negli studenti maschi (14%) rispetto alle studentesse (13,2%). Analogamente all'AN, anche gli studenti che hanno espresso più sintomi di depressione potrebbero essere diagnosticati con BN. La prevalenza di BED nella popolazione studentesca è stata del 14,4%, con gli studenti maschi più inclini (15,2%) rispetto alle studentesse (13,8%). [20] Un altro studio che ha esaminato la popolazione di studenti universitari ha rilevato che il terzo gruppo di sintomi in base all'intensità è la preoccupazione per le proprie abitudini alimentari, evidenziando l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e l'appetito incontrollato come i problemi più comuni. [21]

Infine, uno studio che ha esaminato la stigmatizzazione degli individui che soffrono di DE e che ha incluso 575 partecipanti (di età superiore ai 16 anni) ha concluso che il 12,9% dei partecipanti aveva un atteggiamento negativo nei confronti degli individui che soffrono di DE - il 58,9% aveva un atteggiamento neutro e il 28,1% un atteggiamento positivo. È interessante notare che gli intervistati di età superiore ai 45 anni avevano un atteggiamento più negativo nei confronti di questi soggetti, mentre i più giovani avevano un atteggiamento meno negativo. Il dato particolarmente rilevante riguarda la percezione del pericolo che questi individui rappresentano per se stessi o per gli altri. La maggior parte dei partecipanti (76,1%) non ritiene che questi individui siano pericolosi per gli altri, il 53,3% ritiene che questi individui siano gli unici da biasimare per la loro condizione, il 70,9% pensa che il trattamento possa aiutarli e il 60,2% crede che questi individui potrebbero migliorare la loro condizione se lo volessero ("se si tirassero su"). [22]

6.3 Linee guida e standard

Mangiare sano

Secondo il Manuale per l'educazione dei pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari" [13] l'obiettivo di una dieta sana è il mantenimento e/o il raggiungimento di un peso desiderabile in combinazione con l'attività fisica (almeno 60 minuti al giorno). L'obiettivo finale di questo tipo di comportamento dovrebbe essere il continuo benessere e la prevenzione di malattie. I principi generali a cui attenersi per raggiungere gli obiettivi citati sono i seguenti: consumo quotidiano di frutta e verdura fresca, consumo di carni magre e pesce, evitare le carni grasse, privilegiare i cereali integrali, evitare prodotti di pasticceria e snack fritti e grassi, optare per macedonie/compresse, noci, frutta secca per il dessert. Inoltre, è necessario assumere quotidianamente 1,5-2,5 litri di liquidi (ad es. acqua, tè).

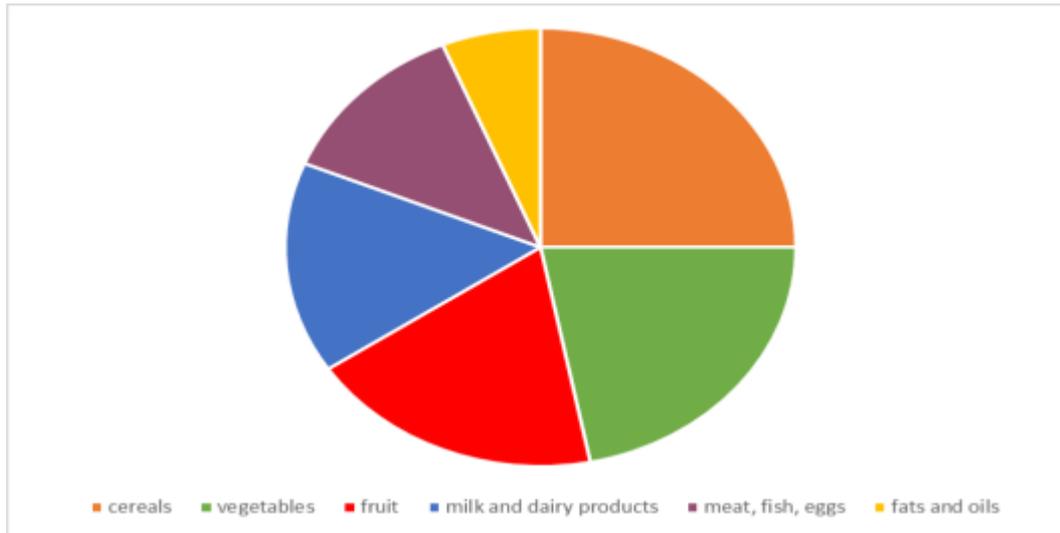


Grafico 3. Gruppi alimentari - rapporto raccomandato

Il Manuale per l'educazione dei pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari" offre linee guida per un'alimentazione sana per due diversi gruppi di bambini: 2000 Kcal/giorno per coloro che non sono fisicamente attivi e 2300 Kcal/giorno per i bambini che sono fisicamente attivi. Queste due raccomandazioni per una dieta sana contengono entrambe cinque gruppi di alimenti (grafico 3) e si differenziano solo per il numero di porzioni, ad esempio quattro porzioni di cereali per i bambini che non sono fisicamente attivi e cinque porzioni per quelli che lo sono. [13]

Trattamento dell'obesità

La Guida nazionale alla buona pratica clinica - trattamento dell'obesità (2022) sottolinea che la comunicazione è uno dei fattori chiave per il successo del trattamento dei pazienti obesi e l'aderenza a un approccio in cui non vi è discriminazione/stigmatizzazione del paziente obeso. Inoltre, la guida sottolinea l'importanza di un approccio multidisciplinare che includa operatori sanitari di diverse specializzazioni e orientamenti (ad esempio, infermieri, medici di base, psicologi e psichiatri, ecc.)

In termini di comunicazione, la guida distingue due gruppi di pazienti: quelli il cui disturbo principale è l'obesità e quelli il cui disturbo principale è un altro. Quando si tratta di quest'ultimo gruppo, si raccomanda di chiedere prima il permesso al paziente di parlare del suo IMC. In entrambi i gruppi, è importante evitare di giudicare e umiliare il paziente, creare un'atmosfera piacevole e adottare un approccio motivazionale, rimanendo empatici durante tutto l'incontro. Inoltre, è necessario stabilire la disponibilità del paziente a cambiare stile di vita. Il medico può orientare il paziente chiedendo prima gli aspetti negativi dei cambiamenti, seguiti da domande sugli aspetti positivi dei cambiamenti - dovrebbe essere presente una tendenza a enumerare più aspetti positivi.

La stigmatizzazione è un problema serio le cui potenziali conseguenze includono: un maggior rischio di depressione, bassa autostima, immagine corporea negativa, rischio di sviluppare DE, evitamento dell'attività fisica, aumento dell'IMC, evitamento di chiedere aiuto medico e suicidio. Oltre al già citato approccio empatico e non giudicante, si consiglia ai professionisti del settore medico di evitare l'uso di un vocabolario offensivo e ingiurioso e di passare dall'espressione "*paziente obeso*" a "*paziente affetto da obesità*". Alcuni medici di base e specialisti ritengono che i pazienti obesi siano pigri, non collaborativi, poco intelligenti, ecc. Pertanto, la guida invita gli operatori sanitari a tenere presente che l'obesità può avere un'eziologia complessa, che il paziente non sempre ha un controllo consapevole su di essa e che il più delle volte ha un'esperienza negativa con gli operatori sanitari.

La valutazione clinica dei pazienti obesi dovrebbe comprendere un'anamnesi in dodici fasi: 1. le aspettative del paziente e la sua volontà di cambiare; 2. la valutazione cronologica dell'IMC; 3. l'identificazione delle ragioni che portano all'obesità (ad es. gravidanza, abuso e abbandono infantile, ecc.); 4. la valutazione dei trattamenti precedenti e il loro tasso di successo; 5. il grado di motivazione del paziente a perdere peso; 6. il livello di aspettative riguardo alla riduzione dell'IMC e della circonferenza vita; 7. l'identificazione dello stile di vita riguardo all'attività fisica, alle tappe importanti della vita, ecc. 8. l'anamnesi familiare; 9. la valutazione psicologica dell'impatto di un'immagine corporea negativa; 10. l'anamnesi sociale e la valutazione delle tendenze all'ED, alla depressione, all'ansia, allo stress, ecc. 11. il profilo dell'assunzione di cibo (comportamento alimentare); 12. il livello di attenzione e di consapevolezza di quanto e in che modo il paziente mangia (ad es. livello di fame vs. sazietà), e i potenziali episodi di bulimia, sindrome da alimentazione notturna (NES), iperfagia, ecc.

I professionisti del settore medico e il paziente devono perseguire i seguenti obiettivi nel trattamento dell'obesità: prevenzione/trattamento delle comorbidità, mantenimento della salute metabolica del paziente, recupero di un'immagine corporea positiva, dell'autostima e della soddisfazione. La perdita di peso non deve essere l'obiettivo principale, ma qualsiasi cambiamento nella salute del paziente deve avere effetti duraturi. Inoltre, poiché la terminologia medica può confondere i pazienti e impedire loro di comprendere appieno la propria condizione, l'educazione dei pazienti svolge un ruolo importante nel trattamento dell'obesità. L'educazione dei pazienti fornisce loro maggiori informazioni sul loro stato/condizione e li mette in grado di prendere decisioni che possono avere un effetto positivo sulla loro motivazione e, a lungo termine, sulla sostenibilità del trattamento. Il trattamento dell'obesità si articola su tre fronti: alimentazione e abitudini alimentari, attività fisica e aspetti psicologici.

Per quanto riguarda l'alimentazione e le abitudini alimentari, il primo passo, il più importante, è quello di recuperare la sensazione fisiologica di fame e sazietà, che nei soggetti obesi è disturbata e distorta. Un aspetto importante per riacquistare questa sensazione è attenersi a un programma alimentare che aiuti a evitare la sensazione di "buco nello stomaco", poiché aspettare troppo a lungo tra un pasto e l'altro può essere controproducente. Alcune raccomandazioni includono mangiare/masticare lentamente, non distrarsi (ad esempio, TV, smartphone, ecc.), mangiare a tavola, ridurre l'apporto energetico, tenere un diario per prendere coscienza delle nostre abitudini alimentari, ecc.

Per quanto riguarda l'attività fisica, cioè l'inattività, l'aspetto importante dell'esercizio è la riduzione del grasso viscerale per diminuire il rischio di insorgenza di varie comorbidità. La guida prescrive almeno 150 minuti alla settimana di attività anaerobica moderata (ad esempio, camminare a una velocità di 5-6 km/h). Il paziente ha l'autonomia di decidere l'intensità dell'esercizio, tuttavia il tempo totale di esercizio dovrebbe essere aumentato gradualmente, poiché i pazienti tendono a rilassarsi e a rallentare con il proseguire del trattamento di esercizio. È opportuno includere anche esercizi di resistenza per coinvolgere i grandi gruppi muscolari (2-3 sessioni almeno due volte alla settimana con 8-10 esercizi per sessione). Non è necessario fare sport, anche se alcuni sport sono più adatti ai pazienti obesi (ad esempio, nuoto, ciclismo, nordic walking, ecc.). Gli esercizi impegnativi devono essere prescritti ai pazienti solo dopo la valutazione di un cardiologo e il test da sforzo deve essere utilizzato per i pazienti con comorbidità (ad esempio, diabete di tipo 2).

La guida evidenzia i disturbi alimentari che accompagnano l'obesità, come la sovralimentazione, la NES e gli spuntini continui, e sottolinea che dovrebbero essere trattati da specialisti (psichiatri, psicologi, specialisti dell'obesità) e con l'aiuto della terapia cognitivo-comportamentale. La terapia cognitivo-comportamentale ha buoni risultati e alcune delle fasi comprendono: aumento della motivazione, ristrutturazione dell'assunzione giornaliera di cibo (ad esempio, tre pasti al giorno), riconoscimento dei fattori scatenanti e stimolanti, sviluppo di strategie per evitare gli spuntini e l'iperalimentazione compulsiva, esame e identificazione dei

pensieri automatici negativi, valutazione del livello di ansia, ecc. Si consiglia anche la psicoterapia, l'arteterapia, l'ipnosi, la terapia gestaltica, la drammaterapia, ecc. L'obiettivo generale è quello di migliorare la propria immagine corporea attraverso una terapia individuale o di gruppo.

Infine, se necessario, la farmacoterapia può essere inclusa nel trattamento dell'obesità e delle comorbidità. Se sono presenti comorbidità, queste dovrebbero essere trattate per prime senza concentrarsi sulla riduzione dell'IMC. Per quanto riguarda i farmaci utilizzati per il trattamento dell'obesità, il mercato ne riconosce solo tre: orlistat, la combinazione di bupropione e naltrexone e liraglutide. La farmacoterapia e la chirurgia bariatrica devono essere prese in considerazione se non sono presenti cambiamenti nello stile di vita o se il trattamento comportamentale fallisce. [4]

Trattamento dei DE

A differenza dell'obesità, in Serbia non esistono guide o raccomandazioni nazionali che considerino il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, in particolare l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il BED. Tuttavia, il *Manuale per l'educazione tra pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari"* (2019) è una guida utile per riconoscere i problemi, sensibilizzare ed educare i ragazzi delle scuole. Si basa sull'educazione tra pari e consiste in cinque laboratori. I laboratori si concentrano su: corretta alimentazione - aspetti calorici e nutritivi della dieta; assunzione di acqua, zuccheri e sali; anoressia nervosa e bulimia nervosa; alfabetizzazione ai media e alimentazione; introduzione di una corretta alimentazione nelle scuole. Nello specifico, il workshop incentrato sull'anoressia nervosa e sulla bulimia nervosa ha l'obiettivo di informare gli studenti sulle ED più comuni nella loro fascia d'età, sull'adozione di abitudini alimentari sane e sull'evitare di seguire diete senza la raccomandazione di un medico. Inoltre, questo workshop si concentra sullo sviluppo emotivo e sul riconoscimento e la verbalizzazione delle proprie emozioni, nonché sulla mobilitazione del supporto dei pari. Il gruppo target è costituito da studenti delle scuole superiori (14-19 anni) e dal personale scolastico. Il metodo utilizzato comprende lavori interattivi e di gruppo e lo studio di un caso. Il moderatore del workshop può trovare tutte le informazioni necessarie e rilevanti nel manuale che lo abilita e lo responsabilizza nel processo educativo. [13]

Nella pratica clinica, la diagnosi differenziale dell'AN è particolarmente difficile a causa del fatto che i pazienti nascondono i loro sintomi e non desiderano essere trattati, poiché l'ambiente in cui vivono stigmatizza la loro condizione e la rifiuta come un comportamento bizzarro. In genere viene diagnosticata in pazienti che hanno perso peso attraverso diete rigorose e/o esercizio fisico eccessivo, e la cui perdita di peso non è indice di altre patologie (ad esempio, diabete, ipertiroidismo, tumori, ecc.). La prognosi di questi pazienti può variare drasticamente. Un quarto o la metà dei pazienti guarisce completamente, mentre circa il 5% muore a causa delle conseguenze croniche dell'inedia o si suicida. Un certo numero di pazienti presenta anche episodi alternati di miglioramento e peggioramento delle proprie condizioni. Quasi tutte le irregolarità fisiologiche causate dall'AN possono essere migliorate, tranne la riduzione della massa ossea. L'obiettivo della terapia dell'AN è quello di recuperare almeno il 90% dell'IMC previsto. I pazienti che non raggiungono il 75% dell'IMC previsto devono essere ricoverati in ospedale. Nei pazienti estremamente denutriti si devono somministrare 1200-1800 kcal al giorno sotto forma di pasti o di liquidi più volte al giorno, e si può aumentare gradualmente fino a 3000-4000 kcal al giorno. L'obiettivo è che il paziente guadagni da 1 a 2 kg alla settimana. I pazienti affetti da AN devono essere trattati da un team di specialisti: endocrinologo, nutrizionista e neuropsichiatra. Un trattamento psichiatrico aggiuntivo dovrebbe essere incluso per quei pazienti che sviluppano anche segni e sintomi di depressione, autolesionismo, disturbo ossessivo compulsivo e tendenze suicide. [23]

6.4 Promozione del benessere - iniziative nazionali e locali

Il regolamento del programma nazionale per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adulti evidenzia due obiettivi: la promozione di stili di vita sani e il miglioramento della salute dell'intera popolazione e la riduzione dell'incidenza dell'obesità nei bambini, nei giovani, negli adulti e negli anziani. Le priorità politiche nazionali si concentrano su diversi ambiti: alimentazione sana, attività fisiche e preventive, salute pubblica, educazione, cooperazione e regolamenti legislativi.

Per quanto riguarda la dieta sana, le priorità politiche nazionali includono: la promozione di una dieta sana in conformità con le linee guida dietetiche, l'aumento dell'apporto di fibre e la riduzione dell'assunzione di alimenti ad alto contenuto di grassi e zuccheri; il miglioramento delle abitudini alimentari di neonati, bambini, giovani e adulti; il miglioramento dell'alimentazione dei bambini negli istituti prescolari e nelle scuole; la prescrizione di raccomandazioni nazionali per l'alimentazione dei bambini, dei giovani e degli adulti; il monitoraggio delle abitudini alimentari dei bambini, dei giovani e degli adulti; l'istituzione di uno schema di alimentazione sana attraverso l'uso di vari colori per rendere facilmente riconoscibili gli alimenti sani.

Le priorità politiche nazionali nel campo della prevenzione e delle attività fisiche comprendono: la promozione di stili di vita sani e l'incoraggiamento di un'attività fisica regolare; la prevenzione dell'aumento di peso in individui con un peso corporeo normale; la riduzione dell'incidenza dell'obesità, di altre malattie e delle complicanze dell'obesità; l'incoraggiamento della perdita di peso in individui in sovrappeso e obesi, il mantenimento del peso raggiunto e la prevenzione dell'aumento di peso in individui con un BMI elevato; l'aumento dell'attività fisica con il supporto di un ambiente sano; la raccomandazione del livello di attività fisica desiderato per i bambini e i giovani; il supporto ai governi locali per aumentare le attività fisiche mettendo a disposizione spazi aperti e chiusi.

In relazione alla salute pubblica, le priorità politiche nazionali sono le seguenti: incoraggiare lo sviluppo di una cultura della salute sull'importanza di una corretta alimentazione per il mantenimento della salute e delle capacità fisiche; arrestare la tendenza all'aumento del numero di bambini, giovani e adulti in sovrappeso; intensificare le attività di prevenzione e la promozione di diete sane nella tutela della salute primaria; rafforzare la promozione della salute in vari settori.

Per quanto riguarda l'istruzione, educare i consumatori a una dieta sana e a un'alimentazione moderata è la principale priorità politica nazionale.

Nel campo della cooperazione, le priorità politiche nazionali includono: il miglioramento della cooperazione con i produttori alimentari per ottenere da loro prodotti più sani (con una minore quantità di sale e zucchero, un livello limitato di grassi saturi e nessun grasso trans) e il miglioramento della cooperazione internazionale e l'implementazione di una metodologia armonizzata nella ricerca delle abitudini alimentari e nel monitoraggio dello stato nutrizionale.

Infine, nel campo dei regolamenti legislativi, le priorità politiche nazionali includono: il miglioramento della legislazione in materia di dichiarazioni alimentari e la produzione di un progetto legislativo sulla limitazione della pubblicità di alimenti ad alto contenuto di zucchero, sale, grassi saturi e trans destinati principalmente ai bambini e ai giovani, in conformità con le raccomandazioni della rete d'azione europea sulla riduzione della pressione commerciale sui bambini. [24]

Il Centro di Eccellenza in Nutrizione e Metabolismo (CENM) dell'Università di Belgrado è impegnato nella ricerca in tre direzioni: 1. ricerca biochimica; 2. ricerca nel campo della salute pubblica e della nutrizione; 3. ricerca nel campo degli effetti dei componenti bioattivi nutritivi e non nutritivi negli alimenti. Nel campo della salute pubblica, il CENM lavora intensamente al rafforzamento delle capacità, allo sviluppo e alla gestione di un database sulla composizione degli alimenti per la Serbia e la regione balcanica, all'armonizzazione delle raccomandazioni

nutrizionali sull'assunzione di micronutrienti e alla creazione di applicazioni software con l'obiettivo di convalidare i metodi scientifici destinati all'applicazione nella valutazione della dieta. Grazie alla partecipazione a diversi progetti del 6° e 7° PQ, il Centro ha creato il primo database elettronico serbo sulla composizione degli alimenti, armonizzato con i database di altri Paesi europei. Un risultato di particolare importanza è la creazione di una piattaforma elettronica con diversi programmi per la raccolta dei dati sul consumo alimentare, la valutazione completa della dieta e la pianificazione della nutrizione. I ricercatori del CENM hanno contribuito all'armonizzazione paneuropea delle raccomandazioni sui micronutrienti destinate a diversi gruppi di popolazione nell'ambito del progetto EURECA del 7° PQ. Attraverso le attività del progetto CHANCE del 7° PQ e numerosi corsi di formazione avanzata nel Paese e all'estero, i ricercatori del CENM hanno sviluppato metodi di modellazione e simulazione dell'effetto della fortificazione degli alimenti sulla qualità della dieta. A partire dal 2013, i ricercatori del CENM hanno istituito un modulo di studi di dottorato presso la Facoltà di Biologia dell'Università di Belgrado, denominato Scienze della Nutrizione Integrata, che rappresenta il primo programma post-laurea nel campo della nutrizione in Serbia ma anche nella regione balcanica.

Un altro centro importante in Serbia è il Centro per la prevenzione e il trattamento dell'obesità nei bambini e negli adolescenti in Serbia (fondato dall'Ospedale speciale per le malattie della ghiandola tiroidea e del metabolismo Čigota, Zlatibor). Il programma di questo centro si concentra sulla riduzione dell'obesità, delle malattie correlate all'obesità e sulla riduzione del tasso di mortalità degli individui obesi. Il programma è iniziato nel 1989 e da allora si è sviluppato fino a diventare una delle istituzioni leader del settore. L'équipe multidisciplinare che lavora a Čigota si affida a ciascun membro per contribuire alla prevenzione dell'obesità, alla diagnosi precoce e al trattamento intensivo dei pazienti obesi. [25]

I docenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Belgrado (UB) sono membri di numerosi gruppi di esperti che adottano strategie, regolamenti e programmi nazionali che regolano questo particolare settore. Collaborano inoltre con il settore industriale sul tema della composizione degli alimenti. Il Festival della salute viene organizzato regolarmente a Belgrado, in Serbia, e tra le altre attività offre la valutazione dello stato nutrizionale e consigli sull'alimentazione da parte di esperti medici della Facoltà di Medicina della UB, oltre a tavole rotonde e conferenze destinate sia ai professionisti del settore medico che alla popolazione in generale. I docenti della Facoltà di Medicina partecipano regolarmente a queste attività. Inoltre, ci sono diversi progetti e iniziative ideati e realizzati dagli studenti della Facoltà di Medicina dell'Università di Belgrado. Uno dei progetti è "Mangiare o non mangiare, questa è la domanda" (dal 2010), organizzato dall'Unione degli studenti di medicina della Facoltà di Medicina dell'Università di Belgrado. Nell'ambito di questo progetto, gli studenti delle scuole superiori vengono informati attraverso laboratori interattivi su un'alimentazione sana e corretta, sulla necessità di fare attività fisica, sulle idee sbagliate riguardo alle diete riduzioniste, sugli integratori alimentari e sui prodotti per la perdita di peso, sulle conseguenze di un'assunzione inadeguata di cibo che può portare allo sviluppo di varie malattie (ad esempio, obesità, aterosclerosi, diabete di tipo 2, ecc. Inoltre, gli studenti della Facoltà di Medicina dell'UB sono stati coinvolti nell'educazione della popolazione che frequenta i grandi centri commerciali sulla necessità di leggere le dichiarazioni nutrizionali. Esperti medici dell'UB e studenti di medicina sono anche coinvolti nell'educazione dei bambini delle scuole elementari a un'alimentazione sana e all'importanza di una regolare attività fisica. La Facoltà di Medicina collabora con gli ospedali pediatrici organizzando laboratori sull'alimentazione sana in cui i bambini imparano a conoscere i cibi sani e viene insegnato loro come costruire giocattoli con i prodotti alimentari. È in corso una collaborazione con l'*Ospedale speciale per le malattie della ghiandola tiroidea e del metabolismo Čigota, Zlatibor*. Inoltre, gli esperti medici e gli studenti della Facoltà di Medicina sono coinvolti nell'educazione degli insegnanti di educazione fisica nelle scuole sull'importanza di un'alimentazione sana e di un'attività fisica regolare.

Infine, l'ultimo progetto concluso "*I fattori di rischio e le conseguenze dell'obesità nei pazienti adulti nella Repubblica di Serbia (prevenzione a causa della pandemia Covid-19 e miglioramento del trattamento)*", condotto dall'Istituto di ricerca e sviluppo di buone pratiche *Well-Being International* in collaborazione con il Ministero della Salute della Repubblica di Serbia. L'obiettivo del progetto era quello di sostenere lo Stato nello sviluppo e nell'istituzione di un sistema nazionale efficace per la prevenzione dell'obesità nella popolazione adulta, di valutare i fattori di rischio per l'aumento dell'obesità nella popolazione adulta in Serbia al fine di creare una campagna efficace che servisse a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla nocività dell'obesità e a ridurre i danni delle conseguenze dell'obesità. Il progetto è conforme agli sforzi del Ministero della Salute e al regolamento del programma nazionale per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adulti. I risultati di questo progetto prevedono misure che rientrano nell'ambito della medicina, dell'economia e della società. Le misure mediche comprendono la diffusione della *Guida nazionale alla buona pratica clinica - trattamento dell'obesità* (2022) e il CPD dei professionisti medici basato su questa guida, la pesatura obbligatoria e la registrazione del BMI di tutti i pazienti che dovrebbe essere presente nelle loro cartelle cliniche, la tenuta di un registro degli individui obesi, l'inclusione di analizzatori di grasso corporeo (bilance) nell'assistenza ambulatoriale e la creazione di centri multidisciplinari per l'obesità nei centri clinici delle principali regioni della Serbia. Le misure economiche presuppongono la stima delle spese per l'obesità, lo sviluppo di un programma di alimenti sani e di un programma per gli alimenti che contribuiscono allo sviluppo dell'obesità, la promozione e l'etichettatura speciale degli alimenti sani, l'imposizione di tasse speciali sugli alimenti che causano e favoriscono l'obesità e di dichiarazioni chiare sugli alimenti, il divieto di distribuire prodotti che contribuiscono allo sviluppo dell'obesità nelle istituzioni pubbliche e nelle scuole, le sovvenzioni agli individui che soffrono di obesità durante il loro trattamento e l'estensione dell'elenco dei farmaci per il trattamento dell'obesità, in particolare per i cittadini economicamente più vulnerabili. Infine, l'obiettivo delle misure sociali è quello di aumentare la consapevolezza dell'obesità e della sua nocività, di riconoscere l'obesità come malattia cronica, di destigmatizzare gli obesi, di istituire un programma educativo per i bambini delle scuole e di sviluppare e promuovere programmi di attività fisica. [6]

6.5 Conclusione

Questo capitolo ha cercato di fornire un resoconto sulla situazione locale e nazionale dell'obesità e dei DE in Serbia. Abbiamo visto che l'obesità in Serbia è in aumento, soprattutto nei bambini, e che le previsioni per l'anno 2030 vedono un aumento dell'1,7% per gli adulti e del 4,5% per i bambini. D'altra parte, uno studio [15] afferma che la Serbia è uno dei Paesi con la più alta prevalenza di DE e un altro [22] mostra che le persone che soffrono di DE sono ancora stigmatizzate in Serbia.

L'alimentazione e la nutrizione sana, soprattutto per i bambini e gli adolescenti, sembrano seguire la piramide alimentare generale e gli standard globali relativi alle porzioni raccomandate di tutti e cinque i gruppi alimentari e all'assunzione di liquidi. Per quanto riguarda l'obesità, le linee guida ruotano attorno alla creazione di una partnership tra medico e paziente, alla comunicazione empatica, alla motivazione per un cambiamento duraturo dello stile di vita, alla destigmatizzazione dei pazienti obesi, alla valutazione clinica basata su un'anamnesi orientata al paziente, alla prevenzione delle comorbidità e all'eventuale inclusione della farmacoterapia e della chirurgia bariatrica se tutte le altre opzioni sono state esaurite. D'altra parte, non esistono guide, raccomandazioni o regolamenti nazionali in materia di ED. Tuttavia, è stato sviluppato il *Manuale per l'educazione dei pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari"* (2019) e, dal punto di vista della pratica clinica, vi sono alcuni passaggi impliciti nella diagnosi, nella prognosi e nel trattamento dell'AN. Pertanto, possiamo concludere che in Serbia mancano dati e raccomandazioni ufficiali quando si tratta di AN, BN, BED o ED in generale.

In Serbia la promozione del benessere in materia di obesità, alimentazione sana e corretta è stata attuata attraverso numerosi progetti, centri e iniziative locali e nazionali, mentre le ED non sono state riconosciute come una questione scottante.

Pertanto, possiamo concludere che anche se è stato fatto molto nella ricerca e nella standardizzazione dell'approccio medico all'obesità e alla promozione di un'alimentazione sana, c'è ancora molto da fare a livello nazionale e locale, soprattutto nel campo delle ED.

Riferimenti

- [1] Ćurčić, V. „Psihološki odnos prema telu i gojaznost adolescenata“, Medicinski glasnik. 16, 39, 2011, 94-100.
- [2] Butor, P. M. "Alcuni punti di vista psicologici sull'obesità" in: Kiess W., Marcus C., Wabitsch M. (eds.) *Obesità nell'infanzia e nell'adolescenza*, Karger, 9, 2004, 124-136.
- [3] Lešović, S., Smiljanić, J., Ševkušić, J. „Deset godina uspešnog rada multidisciplinarnog centra za prevenciju i lečenje gojaznosti kod dece i adolescenata“, *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma, Zlatibor*, vol. 23, n. 69, 2018, 7-29.
- [4] Šumarac-Dumanović, M., Polovina, S. (Ur.), „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse - Lečenje gojaznosti“, Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022.
- [5] Milić, N., Stanisavljević, D., Krstić, M. (Ur.), „Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. godine“, Beograd, 2021.
- [6] Institut za istraživanje i razvoj dobrih praksi Well-being International, „Projekat: Faktori rizika i posledice gojaznosti među odraslim pacijentima u Republici Srbiji (Prevenција usled pandemije COVID-19 i unapredjenje tretmana)“, Beograd, 2022.
- [7] Savić, N. et al. "Abitudini alimentari e atteggiamenti antigrasso tra gli adolescenti: L'esperienza della Serbia occidentale", *UUMSZTRS*, br. 8, 2021, 26-33.
- [8] Gudelj Rakić, S., Kilibarda, B., "Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC" („Osnovni rezultati istraživanja ponašanja u vezi sa zdravljem kod dece školskog uzrasta u Republici Srbiji 2017.godine“), Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, 2018.
- [9] Popić, M., Savić, S., Branković, I., „Mentalno zdravlje mladih u Srbiji“, Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj, Beograd, 2014.
- [10] Strategia di sviluppo della salute dei giovani serbi: 104/2006-51 (Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji: 104/2006-51), *Gazzetta ufficiale della Repubblica di Serbia*, 104/2006.
- [11] American Psychiatric Association, "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali: DSM-IV TR", Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
- [12] Ambrosi-Randić, N. et al. „Poremećaj hranjenja i internet: analize sadržaja hrvatskih web stranica“, *Psihološke teme*, 17, 1, 2008, 37-55.
- [13] Kosić Bibić, N., Berenji, K., Macura, N., „Priručnik za vršnjačke edukatore: Pravilna ishrana i poremećaji ishrane“, Zavod za javno zdravlje Subotica, 2019.
- [14] Djurović, D. et al. „Evaluacija programa za prevenciju poremećaja ishrane kod adolescenata“, *Primenjena psihologija*, Vol. 9 (3), 2016, 243-260.
- [15] Jovanović, M. "Comportamenti e atteggiamenti sull'immagine corporea e sui disturbi alimentari tra le adolescenti di Kragujevac", *Ser J Exp Clin Res*, 16 (3), 2015, 235-239.
- [16] Kontić, O. et al. „Poremećaji ishrane“, *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 140, 2012, 673-678.
- [17] Turnbull, S. et al., "The demand for eating disorder care: epidemiological study using the General Practice Research Database", *British Journal of Psychiatry*, 169, 1996, 705-712.

- [18] De Zwaan, M., "Binge eating disorder and obesity", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25 (Suppl 1), 2001, 51-55.
- [19] Goldschen et al, "Navigating the university transition among women who self-report an eating disorder: A qualitative study", *International Journal of Eating Disorders*, 52(7), 2019, 795-800.
- [20] Mladenović, O., „Analiza učestalosti poremećaja u ishrani u studentskoj populaciji", Tesi di dottorato non pubblicata, Univerzitet u Beogradu: Medicinski fakultet, 2018.
- [21] Cvjetković, S. „Istraživanje prediktora psihološkog distresa i spremnosti na traženje profesionalne psihološke pomoći kod studenata Beogradskog univerziteta", tesi di dottorato non pubblicata, Univerzitet u Beogradu: Medicinski fakultet, 2020.
- [22] Milačić Vidojević, I., Čolić, M. Dragojević, N. „Stigmatizacija osoba sa poremećajima ishrane", *Beogradska defektološka škola*, Vol. 19 (2), br. 56, 2013, 299-312.
- [23] Nikolić-Djurović, M. „Zašto gojaznost postaje anoreksija?", *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma „Zlatibor"*, 22(67), 2017, 48-53.
- [24] Regolamento del programma nazionale per la prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adulti: 9/2018-3 (Uredba o nacionalnom programu za prevenciju gojaznosti kod dece i odraslih: 9/2018-3), *Gazzetta ufficiale della Repubblica di Serbia*, 09/2018.
- [25] Zdravković, D. et al., "Progetto di 'Prevenzione e trattamento dell'obesità nei bambini e negli adolescenti in Serbia'", Istituto per la tiroide e il metabolismo di Zlatibor, Belgrado, 2007.

7. Dati epidemiologici e programmi nutrizionali per i giovani europei affetti da obesità e disturbi alimentari - Rapporto transnazionale

Monica Tarcea

Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia *George Emil Palade* di Targu Mures, Romania

Abstract. *L'obesità è uno dei principali problemi di salute a livello globale, insieme ai disturbi alimentari, soprattutto per gli adolescenti e i giovani adulti. Nell'Unione Europea e nel mondo la frequenza di questa patologia è in aumento, nonostante il gran numero di strategie internazionali e di interventi comunitari volti a mitigare l'evoluzione di questa patologia e ad aumentare la qualità della vita. Sia l'obesità che i Disturbi del Comportamento Alimentare sono complessi, con condizioni multifattoriali, in costante aumento di frequenza, e l'approccio per la loro prevenzione e trattamento deve includere reti di attività multidisciplinari, diete individualizzate, consulenza psicologica, monitoraggio continuo, terapia comportamentale e capacità di comunicazione.*

7.1 Introduzione

L'obesità è un grave problema di salute globale, insieme ai disturbi alimentari, soprattutto per gli adolescenti e i giovani adulti.

Per quanto riguarda l'obesità, un gran numero di strategie internazionali e di interventi comunitari si stanno concentrando sull'attenuazione dell'evoluzione di questa patologia e sull'aumento della qualità della vita. Ma un protocollo efficiente a livello mondiale non è ancora nato, perché la geografia, la cultura, l'etnia, le preferenze e i fattori di disturbo epigenetici sono così diversi da un Paese all'altro.

I disturbi alimentari possono colpire individui di diverse fasce di età, ma l'età media di insorgenza è l'adolescenza e la frequenza è in aumento. È necessario che i programmi e gli interventi siano più numerosi per avere un quadro chiaro della situazione mondiale e dei profili di rischio.

Lo stigma dell'obesità induce gli adolescenti ad adottare atteggiamenti comportamentali sbagliati, che possono trasformarsi in malnutrizione o in disturbi nutrizionali per essere accettati nei gruppi di amici. Questo è uno dei motivi principali per cui hanno bisogno di un supporto sociale, informativo e medico.

Questo è il Rapporto sulla gestione dei profili di rischio di queste due condizioni e sui programmi nazionali sviluppati nei 6 Paesi coinvolti nel progetto.

7.2 Prevalenza dei dati

In **Romania**, secondo EUROSTAT, nel 2019 lo 0,8% della popolazione era sottopeso, il 40,6% aveva un rapporto peso/altezza normale e al 10,9% della popolazione era stata diagnosticata l'obesità. [Le stime per il 2030 mostrano che nei bambini l'incidenza dell'obesità aumenterà rispettivamente al 20,06% (5-9 anni) e al 14,3% (10-19 anni).

Inoltre, nelle stime sull'evoluzione dell'obesità infantile, la Romania è in cima ai 10 Paesi europei con i maggiori problemi, insieme a Slovenia, Albania, Serbia, Bulgaria, Turchia, Ungheria,

Croazia, Grecia e altri.[2] Per quanto riguarda la distribuzione per sesso, c'è una maggiore incidenza di maschi in sovrappeso: 55,9% e 11,1% per l'obesità, rispettivamente. Le femmine sono meno colpite dal sovrappeso (40,1%) rispetto ai maschi, con quasi la stessa percentuale di obesità (10,8%). [3,4]

La prevalenza della DE non è ben rappresentata nelle statistiche, variando intorno allo 0,6% (per la Bulimia) e allo 0,9% per l'Anoressia, con la menzione che in realtà la preponderanza può essere molto più alta. Obesità, stress, pubertà e traumi psico-emotivi sono i principali fattori di influenza. [5,6]

La ricerca condotta nel 2019 ha misurato il BMI nella popolazione **serba** di età superiore ai 15 anni e i risultati hanno mostrato che più della metà dei partecipanti era in sovrappeso o obesa, il 12,9% dei bambini era obeso e il 16,6% in sovrappeso. Il gruppo più colpito è quello dei bambini di 5-6 anni. Le ultime informazioni sull'obesità in Serbia si trovano nella Guida nazionale alla buona pratica clinica - trattamento dell'obesità (2022), dove sono state presentate le previsioni della World Obesity Federation per la Serbia. In particolare, si prevede che entro il 2030 il 27,8% degli adulti sarà obeso, con un aumento annuale del peso dell'1,7% per gli adulti e del 4,5% per i bambini tra il 2010 e il 2030. [7]. Inoltre, secondo la *Strategia per lo sviluppo della salute dei giovani nella Repubblica di Serbia*, circa il 25% dei giovani della popolazione generale e circa il 50% dei giovani dei gruppi emarginati e socialmente vulnerabili non sono dotati di conoscenze e competenze relative a uno stile di vita sano, compresa l'ED. [8]

Secondo gli ultimi dati del 2018, il 15% è in sovrappeso e il 6% degli adolescenti **della Repubblica Ceca** è obeso. I problemi di sovrappeso sono più comuni nei ragazzi, sia nel caso di sovrappeso che di obesità. Il numero di ragazzi obesi è in aumento. Un aumento significativo del numero rispetto ai dati del 2014 riguarda la categoria di età dei quindicenni. Registriamo anche un aumento significativo del numero di ragazze in sovrappeso di 13 e 15 anni. Anche in questo caso si conferma l'importanza dello status socioeconomico. La prevalenza dell'obesità è fino a 3 volte superiore nei bambini provenienti da famiglie con reddito e livello di istruzione più bassi.

I dati sui disturbi alimentari sono più difficili da reperire. A differenza delle registrazioni antropometriche o dei dati auto-riferiti nei sondaggi, i disturbi alimentari sono registrati con codici diagnostici (F50.0-F50.9) e rientrano nella categoria delle malattie della salute. Nel 2020, un totale di 5.167 persone sono state trattate per ED in ambulatorio e ci sono stati 606 ricoveri. [9]

Il numero di pazienti è aumentato soprattutto tra gli adolescenti di 15-17 anni. Nel 2020 ne sono stati curati 1.093, con un sorprendente aumento dell'89% rispetto al 2010. La maggior parte dei pazienti, l'87%, erano donne e ragazze. L'alta mortalità supera il 10%. La mortalità è doppia rispetto ad altre diagnosi psichiatriche e dieci volte superiore a quella della popolazione generale. Il rischio di suicidio aumenta fino a 200 volte.

Secondo uno studio condotto dal Centro per l'educazione alla salute e la prevenzione delle malattie in **Lituania**, il 35,7% della popolazione adulta (19-64 anni) e il 40,7% della popolazione anziana (65-75 anni) erano in sovrappeso, e quasi un adulto su cinque e un anziano su tre erano obesi. [10]. Secondo uno studio coordinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), l'11% dei bambini lituani di sette anni era in sovrappeso e il 5% era obeso [11]. Secondo le previsioni sulla prevalenza dell'obesità in Europa nel 2025, gli uomini lituani saranno tra i più obesi (al terzo posto, dopo Irlanda e Regno Unito). La prevalenza del sovrappeso tra gli adolescenti lituani più giovani non è cambiata in modo significativo negli ultimi 15 anni, ma è leggermente diminuita nei ragazzi più grandi e si è ridotta in modo evidente nelle ragazze più grandi. In generale, la prevalenza del sovrappeso tra gli adolescenti lituani è bassa se confrontata con quella di altri Paesi [12].

Secondo EUROSTAT, nel 2019 il 2,0% della popolazione **spagnola** era sottopeso, mentre il 16% è stato diagnosticato come obeso. [13] La World Obesity Federation [14] ha riferito che nello stesso anno, il 2019, il 37,8% della popolazione spagnola adulta (oltre i 18 anni) era in sovrappeso e, in termini di distribuzione per sesso, c'è un'incidenza molto più alta nei maschi per

il sovrappeso: 44,9% rispetto al 30,6% per le femmine, mentre nell'obesità la differenza è molto più bassa: 16,5% per i maschi e 15,5% per le femmine. I ricercatori hanno utilizzato le previsioni della World Obesity Federation sui tassi di obesità del 2030 per confrontare i Paesi coinvolti in Connected4Health in 3 aree [15]: 1) Adulti con obesità entro il 2030, 2) Aumento annuale dell'obesità infantile 2010-2030 e 3) Classifica di preparazione globale.

È degno di nota il fatto che la Spagna abbia la terza stima più alta per l'obesità degli adulti per il 2030, con una percentuale di quasi il 30%, ed è classificata come Alta dalla World Obesity Federation; gli unici due Paesi con una stima più alta di prevalenza sono la Repubblica Ceca e la Lituania. Tuttavia, quando si discute dell'aumento annuale dell'obesità infantile, la Spagna se la cava molto meglio della maggior parte dei Paesi C4H ed è classificata come media, mentre la maggior parte è classificata come Molto Alta. In termini di preparazione, la Spagna si colloca ben al di sotto della media dei Paesi C4H, con un risultato di oltre 8 volte peggiore rispetto al Paese più preparato, che è il Portogallo, e si colloca all'ottavo posto tra i 183 Paesi studiati.

In Spagna, abbiamo registrato un drammatico aumento dei casi registrati di anoressia e bulimia, con un incremento da 14.659 casi nel 2011 a 79.202 casi nel 2020; un aumento di quasi 5 volte. [16,17]

In **Portogallo**, secondo l'indagine nazionale sulla salute, nel 2019 più della metà della popolazione adulta (53,6%) era in sovrappeso. L'obesità ha raggiunto 1,5 milioni di persone di età superiore ai 18 anni (16,9%), con le donne più colpite degli uomini (17,4% contro 16,4%). Confrontando i valori dell'indagine del 2019 con quelli del 2014, si è registrato un leggero aumento del sovrappeso (36,6% vs. 36,4%) e dell'obesità (16,9% vs. 16,4%). Più della metà della popolazione portoghese (56%) non rispetta la raccomandazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di consumare più di 400 g/giorno di frutta e verdura. [18]

Nell'ultimo rapporto COSI Portogallo (2019), l'11,9% dei bambini di età compresa tra i 6 e gli 8 anni era obeso e il 29,7% in sovrappeso. Sebbene sia ancora allarmante che 1 bambino su 3 sia in sovrappeso o obeso, i dati mostrano una riduzione di punti percentuali nella prevalenza di bambini in sovrappeso dal 2008, quando il Portogallo era il secondo Paese europeo con la più alta prevalenza di bambini con obesità o sovrappeso. [19]

In Portogallo, i dati sulla prevalenza dei disturbi alimentari sono scarsi o sono disponibili solo per piccole comunità. In uno studio retrospettivo osservazionale [20] che ha valutato tutti gli episodi di ricovero dal 2000 al 2014 con diagnosi di DE in Portogallo, si è registrato un totale di 4485 casi, in cui l'anoressia era la più frequente (62,5%). I ricoveri per tentato suicidio erano più comuni tra i pazienti con Bulimia (10,1% dei ricoveri) o Anoressia (5,2%).

7.3 Guide e standard

Le raccomandazioni nutrizionali **rumene** si basano su una guida dietetica pubblicata nel 2006, *Guide to Healthy Eating*, redatta dalla Romanian Nutrition Society e sostenuta dal Ministero della Salute. [8] Nel 2016, nell'ambito del programma Iniziative di salute pubblica, è stata pubblicata la Guida alla prevenzione - Stile di vita sano e altri interventi preventivi prioritari per le malattie non trasmissibili nell'ambito delle cure primarie. Al suo interno, gli approcci principali sono incentrati sulla dieta e sull'attività fisica. [9] Nel 2021, l'Università di Medicina, Farmacia, Scienza e Tecnologia "George Emil Palade" di Targu Mures ha pubblicato la Guida alla Nutrizione Comunitaria, dedicata alle strategie di intervento nutrizionale preventivo di comunità nel ciclo di vita, soprattutto nell'infanzia. [21]

La Romania ha sviluppato nel tempo una moltitudine di programmi nazionali e locali per prevenire l'obesità e sensibilizzare al problema. Dal 2014 al 2020, il Ministero della Salute si è dotato di una strategia sanitaria nazionale per la prevenzione e la lotta all'obesità negli adulti e nei bambini, finanziando e organizzando varie campagne per la popolazione, come *La campagna*

del mese nazionale di informazione sugli effetti dell'alimentazione/nutrizione, un programma del Ministero della Salute, realizzato a livello locale attraverso le Direzioni della Salute Pubblica per aumentare il livello di conoscenza della popolazione e migliorare lo stile di vita e le condizioni di salute, *Il programma Roll and Milk* - è un programma nazionale avviato nel 2002 attraverso il quale i bambini delle scuole primarie e secondarie ricevono ogni giorno un prodotto lattiero-caseario e un prodotto da forno [21,22], *il programma Frutta nelle scuole* - è un programma nazionale avviato nel 2008 per fornire educazione alimentare e consegnare frutta fresca ai bambini due volte a settimana [22,23], e *il programma pasti caldi* - un programma svolto nelle scuole, in fase di espansione, lanciato nel 2016 [24].

Altre organizzazioni che hanno implementato e/o sostenuto attività nazionali per ridurre questa patologia sono la Coalizione nazionale per la lotta all'obesità; il Forum rumeno per l'obesità; la Società rumena di nutrizione; la Fondazione per l'alimentazione sana; l'Associazione per la consulenza e l'educazione alla salute - Iasi; l'Associazione medica per la prevenzione degli stili di vita - Bucarest; l'ASCOTID Mures; l'Associazione rumena dei dietisti; l'Associazione rumena di nutrizione e dietetica; l'Associazione ProNutrition - Targu Mures; le università del Paese che hanno un programma di nutrizione e dietetica, ecc.

Il manuale **serbo** per l'educazione dei pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari" offre linee guida per un'alimentazione sana per due diversi gruppi di bambini: 2000 Kcal/giorno per coloro che non sono fisicamente attivi e 2300 Kcal/giorno per i bambini che sono fisicamente attivi. [25]

La guida nazionale serba alla buona pratica clinica - trattamento dell'obesità (2022) sottolinea che la comunicazione è uno dei fattori chiave per il successo del trattamento dei pazienti obesi e l'adesione a un approccio in cui non vi è discriminazione/stigmatizzazione del paziente obeso.

A differenza dell'obesità, in Serbia non esistono guide o raccomandazioni nazionali che considerino il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, in particolare anoressia nervosa, bulimia nervosa e BED. Tuttavia, il *Manuale per l'educazione tra pari "Corretta alimentazione e disturbi alimentari"* (2019) è una guida utile per riconoscere i problemi, sensibilizzare ed educare i ragazzi delle scuole. Si basa sull'educazione tra pari e si compone di cinque workshop.

Nell'ambito del tema dell'obesità, in **Repubblica Ceca** è possibile utilizzare il codice per il monitoraggio e la terapia dell'obesità infantile nell'ambito delle visite periodiche ai medici di base per bambini e adolescenti. Nel 2021, la Società Obesitologica Ceca - Sezione di Obesitologia Pediatrica ha aggiornato le raccomandazioni per la terapia dell'obesità infantile valide fino a quel momento sul sito web dell'IPVZ. In collaborazione con la Società dei medici pediatrici e la Società per la nutrizione, sono stati pubblicati materiali educativi a disposizione dei genitori negli ospedali e negli armadietti.

Come per l'obesità, anche nel caso delle ED esistono linee guida raccomandate per il trattamento psichiatrico pubblicate dalla Società Psichiatrica dell'Associazione Medica Ceca di J. E. Purkyně. [26] La terapia richiede un'assistenza professionale differenziata e una cooperazione interdisciplinare a seconda del grado di motivazione al trattamento, del supporto dell'ambiente e della gravità delle conseguenze psicosociali e somatiche. PPP Info (PPP = ED) è un sito web ben progettato che fornisce un elenco di centri di consulenza, fonti di informazione per le persone che cercano aiuto per le ED. [27] I clienti possono anche utilizzare l'ONG E-clinic - progetto di supporto anonimo. [28]

Altre parti interessate significative sono le società professionali Società Ceca di Obesitologia, Società per la Nutrizione, Istituto Nazionale di Sanità, Forum sulla Sana Nutrizione, Associazione dei Terapisti della Nutrizione, Sezione dei Terapisti della Nutrizione presso l'Associazione degli Infermieri, Sezione della Nutrizione e della Cura della Nutrizione, Sezione dei Disturbi Alimentari presso la Società Psichiatrica e altre. Inoltre, entra in gioco la Camera dell'Alimentazione della Repubblica Ceca, che è stata coinvolta nella (non) necessaria accettazione del NutriScore. È in fase di creazione una nuova rete di centri di consulenza

nutrizionale chiamata *Nutriadapt*. Esiste anche un portale completamente indipendente con un catalogo di terapisti nutrizionali chiamato *vyzivovi-poradci.cz*.

Nel 2019-2020, i dati dello studio "Abitudini alimentari, alimentazione effettiva e abitudini di attività fisica dei bambini in età scolare", condotto dal Centro **lituano** per l'educazione alla salute e la prevenzione delle malattie, mostrano che un bambino su cinque consuma quotidianamente (una o più volte al giorno) prodotti non salutari - patatine, mais e altre patatine, altri prodotti cotti nel grasso, arrostiti o spuntati.

Per migliorare l'alimentazione dei bambini in Lituania collaborano diverse istituzioni, tra cui la Commissione per gli Affari Sanitari del Parlamento Lituano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, della Scienza e dello Sport, il Ministero dell'Agricoltura, il Servizio Alimentare e Veterinario Statale, l'Istituto di Igiene, il Centro per l'Educazione alla Salute e la Prevenzione delle Malattie, l'Associazione dei Comuni Lituani, gli Uffici di Sanità Pubblica dei Comuni, le Istituzioni scolastiche, il Forum dei Genitori Lituano, la Società Lituana dei Dietisti, l'Associazione dei Dietisti, l'Associazione dei Capi Cuochi e Pasticceri, ecc.

Affinché i bambini comprendano meglio il significato e i benefici di una dieta e di uno stile di vita sani, il Ministero della Salute ha aiutato il Ministero dell'Istruzione e della Scienza a sviluppare un "Curriculum generale per l'educazione alla salute" nelle istituzioni che attuano programmi di istruzione generale. L'obiettivo è garantire il successo dello sviluppo della salute dei bambini a scuola. Inoltre, in coordinamento con il Ministero dell'Agricoltura, è in corso di attuazione un programma per promuovere il consumo di frutta e verdura e di latte e prodotti lattiero-caseari negli istituti scolastici per bambini, al fine di formare abitudini alimentari sane e migliorare la nutrizione dei bambini. Durante questo programma, frutta e verdura, succhi di frutta, latte e prodotti lattiero-caseari vengono forniti gratuitamente ai bambini più piccoli negli istituti scolastici [29].

Lo stile di vita mediterraneo è fondamentale per le linee guida dietetiche **spagnole**. Nel 2005 il governo spagnolo e l'AESNA (Agenzia Spagnola per la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione) hanno avviato la Strategia NAOS (Strategia per la Nutrizione, l'Attività Fisica e la Prevenzione dell'Obesità), che nel 2011 è stata consolidata e promossa dalla Legge 17/2011 del 5 luglio sulla Sicurezza Alimentare e la Nutrizione. Il motto della campagna strategica è "Mangia sano e muoviti!", il cui obiettivo principale era prevenire il sovrappeso e l'obesità e contribuire a modificare lo stile di vita. Le principali linee d'azione strategiche della Strategia NAOS coprono l'intero ciclo di vita, dando priorità alle misure rivolte ai bambini e agli adolescenti e prestando particolare attenzione alle esigenze dei gruppi socioeconomici più vulnerabili. La Strategia NAOS si avvale dell'Osservatorio per lo Studio della Nutrizione e dell'Obesità, come sistema di monitoraggio e follow-up per controllare la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione spagnola e i suoi fattori determinanti e per valutare l'efficacia delle azioni condotte in quest'area di intervento.

Il Piano Nazionale per il Controllo Ufficiale della Catena Alimentare (PNCOCA) è il documento che descrive i sistemi di controllo ufficiale lungo l'intera catena alimentare in Spagna, dalla produzione primaria ai punti vendita al consumatore finale. La Giornata Nazionale della Nutrizione (DNN) si celebra il 28 maggio ed è un'iniziativa organizzata annualmente dalla Federazione Spagnola delle Società di Nutrizione, Alimentazione e Dietetica (FESNAD), in collaborazione con l'Agenzia Spagnola per il Consumo, la Sicurezza Alimentare e la Nutrizione (AECOSAN), in cui si ricorda l'importanza di mantenere abitudini per tutta la vita.

Poiché il **Portogallo** è un Paese con caratteristiche mediterranee, nel 2016 è stato sviluppato un adattamento della Ruota degli alimenti ai concetti della Dieta mediterranea. [L'adattamento consente di avvicinare la guida alimentare portoghese ai principi della dieta mediterranea, arricchendo la guida e rafforzando questo strumento di educazione alimentare. Il *Manuale di consulenza breve per un'alimentazione sana nell'assistenza sanitaria primaria* ("Manual Aconselhamento Breve para a Alimentação Saudável nos Cuidados de Saúde Primária") [31] e i rispettivi strumenti di supporto: *Guida con 10 passi per un'alimentazione sana* ("Guia

com os 10 passos para uma alimentação saudável") [32] aiutano a standardizzare l'approccio clinico e a sistematizzare le raccomandazioni alimentari, ottimizzando il tempo dell'appuntamento.

Obesità: ottimizzazione dell'approccio terapeutico nel servizio sanitario nazionale ("Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde") arriva a contestualizzare le migliori strategie di terapia nutrizionale per l'obesità, basate sulle più recenti evidenze scientifiche, e sulle specificità: densità energetica, modelli di pasto, velocità di assunzione e attività fisica, per il trattamento dell'obesità. [Per quanto riguarda i disturbi alimentari, il Portogallo non presenta linee guida specifiche, seguendo le raccomandazioni internazionali.

7.4 Conclusione

Abbiamo visto che l'obesità in **Serbia** è in aumento, soprattutto tra i bambini, e che le previsioni per il 2030 prevedono un aumento dell'1,7% per gli adulti e del 4,5% per i bambini. Possiamo concludere che, sebbene sia stato fatto molto nella ricerca e nella standardizzazione dell'approccio medico all'obesità e alla promozione di un'alimentazione sana, c'è ancora molto da fare a livello nazionale e locale, soprattutto nel campo delle ED.

Come indicato in precedenza, il numero di giovani che soffrono di obesità o di DE nella **Repubblica Ceca** è in aumento. I numeri relativi ai problemi di peso variano leggermente a seconda della metodologia utilizzata, ma le statistiche in generale indicano una tendenza all'aumento negli ultimi anni. Se motivate, le persone con problemi di peso possono ricevere un buon supporto da un gran numero di risorse finanziate dal governo e operanti a livello nazionale.

Negli ultimi anni sono stati osservati significativi cambiamenti positivi nell'organizzazione dell'alimentazione dei bambini. In **Lituania** è stato creato un quadro giuridico per una migliore alimentazione per la salute dei bambini. I principali atti legislativi nazionali - la Legge alimentare della Repubblica di Lituania, la Legge sull'assistenza sanitaria pubblica e la Legge sul sostegno sociale agli alunni - regolano l'alimentazione dei bambini e la sicurezza alimentare. Esistono anche forti iniziative da parte di organizzazioni non governative.

Anche se **la Spagna**, come molti altri Paesi del mondo, ha attuato una moltitudine di programmi nazionali e locali per cercare di combattere l'obesità, come la strategia NAOS creata dal governo spagnolo e altre iniziative locali e private, l'incidenza dell'obesità continua ad aumentare in tutte le fasce di età. Ciò è reso ancora più paradossale dal fatto che la Spagna ha tradizionalmente una dieta mediterranea che si è dimostrata efficace in termini di prevenzione delle malattie legate all'obesità.

In **Portogallo**, più della metà della popolazione adulta è in sovrappeso e obesa. Alla base di questi numeri c'è uno stile di vita squilibrato: abitudini alimentari inadeguate, inattività fisica, gestione scorretta dello stress, del sonno e dell'adattamento sociale. Analizzando l'obesità infantile, tutte le regioni portoghesi hanno mostrato una diminuzione della prevalenza del sovrappeso (inclusa l'obesità) dal 2008, sebbene la situazione sia ancora allarmante. Si ritiene che questa tendenza positiva sia dovuta all'aumento di una corretta politica alimentare e agli eccellenti programmi nazionali attuati negli ultimi anni.

Sebbene **la Romania** abbia un gran numero di progetti locali e nazionali incentrati sulla prevenzione dell'obesità, sull'educazione alla salute e sull'aumento della qualità della vita, secondo le statistiche l'incidenza dell'obesità è ancora in aumento in tutte le fasce d'età.

Per quanto riguarda tutti i dati e gli interventi nutrizionali di comunità sopra menzionati, sia l'obesità che i disturbi alimentari sono malattie complesse, con condizioni multifattoriali, in costante aumento di frequenza, e l'approccio per la loro prevenzione e trattamento deve includere reti di attività multidisciplinari, diete individualizzate, consulenza psicologica, monitoraggio continuo, terapia comportamentale, comunicazione efficace e, soprattutto, compassione.

Riferimenti

- [1] Eurostat. "Indice di massa corporea (IMC) per sesso, età e quintile di reddito" 2019. su https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en
- [2] Federazione mondiale dell'obesità. "Atlante mondiale dell'obesità 2022", Londra, 2022.
- [3] Federazione mondiale dell'obesità. "Romania", 2019, disponibile su https://data.worldobesity.org/country/romania-178/#data_prevalence.
- [4] EUROSTAT. "Statistiche sanitarie - Atlante della mortalità nell'Unione europea", Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Belgio, 2009, ISBN 978-92-79-08763-9.
- [5] Kessler, RC, Shahly, V, Hudson, JI, et al. "A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorders and bulimia nervosa: results from the WHO World mental Health Surveys", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2014, 23:27-41.
- [6] Iorga, M, Manole, I, Pop, L, Muraru, ID, Petrariu, FD. "Disturbi alimentari in relazione alle abitudini alimentari tra gli studenti di Farmacia in Romania", *Farmacia*, 2018, 6:97-109.
- [7] Šumarac-Dumanović, M., Polovina, S. (Ur.) „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse - Lečenje gojaznosti", Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022.
- [8] Strategia di sviluppo della salute dei giovani serbi: 104/2006-51 (Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji: 104/2006-51), Gazzetta ufficiale della Repubblica di Serbia, 104/2006.
- [9] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministero della Salute. Disponibile da: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- [10] Papežová H. et al. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponibile su: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [11] Barzda A, Bartkevičiūtė R, Baltušytė I, Stukas R. *Public Health* 2016; 72 (1): 85-94.
- [12] Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: indice di massa corporea e livello di sovrappeso tra i bambini di 6-9 anni dall'anno scolastico 2007/2008 all'anno scolastico 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 14: 806.
- [13] Tutkuviene, J. (2007). Indice di massa corporea, prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini e negli adolescenti lituani, 1985-2002. *Collegium antropologicum*, 31(1), 109-121.
- [14] Eurostat 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/overview>
- [15] Osservatorio globale dell'obesità "Prevalenza dell'obesità" 2022 su https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence
- [16] Tedros, M. "Giornata mondiale dell'obesità 2022", su <https://www.worldobesityday.org/>.
- [17] Benítez, AM, Sánchez, S, Bermejo, ML, Franco, L, et al. "Analisi del rischio di soffrire di disturbi alimentari in giovani studenti universitari dell'Estremadura (Spagna)". Badajoz, Spagna, 2019 a https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/en_1695-6141-eg-18-54-124.pdf
- [18] Numero di casi di anoressia nervosa o bulimia registrati in Spagna dal 2011 al 2020, su <https://www.statista.com/statistics/1192863/number-of-cases-of-anorexia-nervosa-or-bulimia-spain/>
- [19] Istituto Nazionale di Statistica. Inchiesta nazionale sulla salute [Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2019. p. 1-12. Disponibile da: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2

- [20] Organizzazione Mondiale della Sanità. Iniziativa di sorveglianza dell'obesità infantile (COSI). Dati salienti 2015-17. Organizzazione Mondiale della Sanità. 2018; 1-8.
- [21] Cruz, AM, Gonçalves-Pinho, M, Santos, JV, Coutinho, F, Brandão, I, Freitas, A. Ricoveri per disturbi alimentari in Portogallo: Uno studio nazionale dal 2000 al 2014. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(10):1201-6.
- [22] Martin, ŞA, Hădmaş, R, Tarcea, M. "Ghid de Nutriție comunitară"/"Guida alla nutrizione comunitaria", Edit. University Press Târgu Mureş, 2021, ISBN 978-973-169-737-6.
- [23] Curtea de Conturi Europeană (Corte dei conti europea). "Raportul special nr 10 - Sunt eficace programele "Lapte în școli" și "Fructe în școli"", 2011
- [24] Consiliul Județean Cluj (Consiglio distrettuale di Cluj). "Ghid privind derularea programului pentru școli al României (lapte, mais, fructe și legume) în instituțiile de învățământ școlar și preșcolar de stat și privat acreditat din județul Cluj", Cluj Napoca, 2017
- [25] Guvernul României (decisione del governo rumeno). "Hotărârea de Guvern nr. 92/2017 privind aprobarea Programului pilot de acordare a unui suport alimentar pentru preșcolari și elevi din 50 de unități de învățământ preuniversitar de stat", București, 2017
- [26] Kosić Bibić, N., Berenji, K, Macura, N. „Priručnik za vršnjačke edukatore: Pravilna ishrana i poremećaji ishrane", Zavod za javno zdravlje Subotica, 2019.
- [27] Kulhánek, J. Vedi www.pppinfo.cz
- [28] E-clinic - Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění, ONG. Vedere <http://www.ecinstitut.cz>
- [29] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaiku>
- [30] Barbosa C, Pimenta P, Real H. Roda da Alimentação Mediterrânica e Pirâmide da Dieta Mediterrânica: comparação entre os dois guias alimentares. *Acta Port Nutr*. 2017; 11:6-14.
- [31] Gregório MJ, Teixeira D, Monteiro R, de Sousa SM, Irving S, Graça P. Aconselhamento Breve per un'Alimentazione Sana nelle Cure di Salute Primaria: Modelo de Intervenção e Ferramentas. Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. Direzione generale della sanità, editore. Lisbona: 2020; 2020.
- [32] Programa Nacional Promoção da Alimentação Saudável. 10 passos para uma Alimentação Saudável - Utentes. Saúde D-G Edit, 2021.
- [33] Camolas J, Gregório MJ, Sousa SM, Graça P. Obesidade: Otimização Da Abordagem Terapêutica No Serviço Nacional De Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde, Editore, Lisboa. 2017.

