

## **Gustavo Pietropolli Charmet**

Mercoledì 13 settembre 2017, ore 14,00

Audizione informale nell'ambito dell'esame della legge 438 (disturbi alimentari)

Aula della Commissione Igiene e Sanità

### Riflessioni e considerazioni in merito agli articoli della proposta di legge

**Articolo 1:** i disturbi gravi della condotta alimentare, l'anoressia e la bulimia, vengono riconosciute come malattie sociali.

Si tratta di una definizione quanto mai necessaria e motivata, finalmente in grado di contrastare la tendenza sottoculturale a considerare la tragedia dell'attacco radicale al corpo femminile sessuato e generativo, come espressione effimera di una moda che sospingerebbe migliaia di adolescenti femmine ad inseguire a qualsiasi prezzo un modello crudele di "bellezza", in una rincorsa caotica ed inconsapevole verso un danneggiamento della salute e della sopravvivenza per futili motivi. I disturbi della condotta alimentare sono innanzitutto una malattia caratterizzata da una diffusione e distribuzione geografica e antropologica che ha le caratteristiche dei fenomeni sociali diffusi che debbono trovare da parte degli enti preposti una risposta efficace anche dal punto di vista della definizione e della collocazione del fenomeno. E' proprio perché i disturbi gravi della condotta alimentare sono una malattia sociale che si giustifica l'assoluta necessità di produrre un intervento preventivo e culturale diffuso ed un devoto sforzo dei ricercatori di migliorare il trattamento e la ricerca sull'origine della diffusione della malattia.

**Articolo 2:** chiunque anche per via telematica determina o rafforza l'altrui proposito di ricorrere a pratiche di restrizione alimentare viene punito con la reclusione fino ad un anno.

Si tratta sicuramente di una decisione da tempo auspicata dagli adulti coinvolti come genitori o operatori della salute e dell'educazione. E' assolutamente necessario imbavagliare il sabotatore anonimo e infido che utilizzando mezzi di comunicazione che godono della massima fiducia da parte degli adolescenti, suggerisce di adottare stili di vita e modalità di perseguire livelli estremi di magrezza, adottando linguaggi e formulando proposte destinate ad ottenere attenzione e dipendenza da parte di adolescenti fragili alla ricerca di condividere manipolazioni del proprio corpo finalizzate a raggiungere obiettivi nebulosi ma facilmente idealizzabili da parte degli adolescenti. Il sabotatore telematico infatti rischia di avere successo ed ascolto perché propone un percorso di vita "eroico" "sacrificale" che necessita di forza d'animo, coraggio, resistenza al dolore e alla privazione. L'invito ad arruolarsi nel gruppo delle eroiche amazzoni che si impegnano a lottare contro l'istinto più forte della razza umana, la fame e il bisogno di nutrimento, per dimostrare di saper rinunciare a banali soddisfazioni quotidiane pur di raggiungere la padronanza e il dominio sugli istinti, è destinato a suscitare una motivazione fanatica, settaria da kamikaze della dieta e della lotta alla dipendenza dal cibo in adolescenti predisposte a prestare fiducia a chi promette il riscatto dalla dipendenza dal "grasso". La voce del sabotatore è tanto più suadente quanto più riesce a proporre modalità di lotta al "grasso" in grado di passare inosservate ai genitori, ben sapendo quanto la clandestinità e l'illusione di fare finalmente una scelta propria possa suscitare enorme interesse in adolescenti fragili e predisposti a prestare fede agli incantatori che promettono libertà e crescita personale a qualsiasi prezzo, anche quello della salute. Purtroppo la voce del sabotatore e le sue infami proposte sono avvalorate agli occhi delle adolescenti che hanno deciso di provare, dal notevole benessere e aumento dell'autostima che caratterizza il primo periodo clandestino della malattia anoressica. I genitori e gli operatori della salute e dell'educazione sono quindi disarmati nei confronti di chi nell'ombra di internet sta sabotando la salute e la crescita delle ragazze, destinate a pagare un prezzo

enorme di sofferenze e schiavitù non appena svanisce l'illusione della prima ora. E' quindi quanto mai auspicabile che la Legge sancisca che è un reato e non un gioco istigare al suicidio e alla malattia e i responsabili debbono essere puniti e sperimentare quanto possa essere doloroso perdere l'autonomia e la libertà di movimento, così come l'hanno smarrita le migliaia di adolescenti che hanno dato credito al loro spaccio di incantesimi mortiferi.

**Articolo 3:** gli interventi perseguono i seguenti obiettivi.

- diagnosi precoce

E' ampiamente dimostrata l'utilità clinica dell'intervento precoce. Si tratta davvero di una questione centrale poiché generalmente la malattia carpisce adolescenti o giovani donne ancora incerte nelle scelte identitarie o reduci da delusioni e traumi relazionali che hanno costretto a dubitare della bontà delle scelte fino a quel punto effettuate. E' molto importante che la relazione di aiuto si instauri prima che il disturbo alimentare si sia instaurato come consuetudine coatta approfittando del fatto che il digiuno regala, nei primi tempi del suo dipanarsi, una sensazione di benessere psichico in grado di mitigare il dolore precedente impastato di stati depressivi, disistima, conflitto drammatico con la propria corporeità ripudiata. Il digiuno proprio perché consente di sperimentare l'estasi dell'artificiale e sintomatica indipendenza e proprio perché consente di misurare i rapidissimi effetti sulla bilancia e allo specchio, è destinato a creare dipendenza, come ogni esperienza stupefacente che riesca a mettere a disposizione uno stato di estatico ed effimero sollievo dalla sofferenza precedente. Bisogna riuscire ad intervenire prima che il soggetto abbia sottoscritto col proprio disturbo un segreto patto di dipendenza molto difficile da disdire perché la relazione di aiuto può solo

proporre di accettare un po' di sofferenza rinunciando al disturbo, nella prospettiva di recuperare la libertà di pensiero e di azione, ma sulle prime la scelta impossibile è fra un dolore quasi sicuro e la beatitudine della coazione del digiuno e del vomito.

- migliorare le modalità di cura

Ogni sforzo deve essere fatto perché la modalità di cura sia massimamente integrata e veda cooperare le scienze biologiche e le scienze umane in un concerto di interventi fra loro strategicamente coordinati. Ogni imperialismo disciplinare va bandito perché è troppo evidente che il disturbo della condotta alimentare impone un intervento multi disciplinare che sappia dare senso alla scelta insensata della paziente scovando le sue origini e i suoi intenti comunicativi, definendo bene sia l'aspetto genetico familiare che il contesto educativo, valutando con accortezza l'intervento farmacologico, dando lo spazio che merita al sostegno psicofarmacologico, senza tralasciare, in considerazione dell'età delle pazienti, gli aspetti educativi, sociali, espressivi, e i cruciali apprendimenti relazionali con i coetanei. Non va mai dimenticato che il grave disturbo della condotta alimentare proprio in quanto malattia sociale ha delle connessioni indubitabili con i valori e le credenze della società in cui le adolescenti crescono e non è lecito dubitare che lo sviluppo e l'enorme diffusione del disturbo sia direttamente riconducibile alle drammatiche trasformazioni intervenute nei modelli educativi e nei valori prevalenti della società attuale.

- prevenzione delle complicanze

un intervento precoce e una adeguata modalità di cura dovrebbe garantire il più possibile l'eventualità che possano svilupparsi delle complicanze direttamente riconducibili ai danni inflitti dal disturbo al funzionamento

corporeo. Il prolungarsi sine die di interventi e pratiche inefficaci e la mancata consegna della paziente al modello integrato è una delle cause di possibili complicanze come quasi sempre succede quando si finge di curare ed invece ci si limita ad assecondare le perentorie esigenze di una adolescente disperata che continua ad illudersi di avere sotto controllo la situazione mentre il deterioramento corporeo si aggrava ogni giorno che passa fino al disastro inevitabile. Se il trattamento è adeguato e protratto per un lungo periodo di tempo le complicanze sono rare ma purtroppo in molti casi si finge di curare mentre si sta solo perdendo del tempo prezioso ostinandosi a voler dimostrare che una certa pratica solitaria è in grado di risolvere il problema.

- inserimento nelle attività sociali

Come ogni disturbo psichico anche il disturbo alimentare alla lunga rischia di compromettere l'inserimento creativo in qualsiasi attività sociale, sia scolastica, che sportiva, ludica, amicale, di volontariato. Mancano le forze fisiche e viene a mancare la motivazione e il desiderio dell'incontro con l'altro. Una corretta strategia di intervento deve prevedere che il soggetto sia immerso in una rete di relazioni sociali e che la comunità lo consideri un proprio membro a tutti gli effetti: la delega ad un esperto solitario privo di connessioni con la realtà del soggetto, l'esclusione dei genitori dal progetto di recupero e riabilitazione, l'illusione catastrofica che l'isolamento sociale serva a studiare, a capire meglio la natura dei propri problemi va bandita alla stregua del sabotatore di internet che prometteva la crescita distruggendo il corpo femminile.

- educazione sanitaria

sono innumerevole le occasioni in cui è possibile misurare l'assoluta ed urgente necessità di diffondere una educazione alla salute di livello molto

superiore a quello attualmente vigente. La difficoltà ad effettuare interventi, anche nelle scuole, o nelle associazioni sportive o nelle scuole di danza, che abbiano anche una funzione preventiva nei confronti della diffusione del disturbo alimentare discendono da una serie di pregiudizi dell'universo giovanile nei confronti degli interventi degli adulti e degli specialisti sulle questioni concernenti la loro corporeità. Il pregiudizio, volendo sintetizzare, consiste nella credenza generazionale che dietro i buoni consigli si nasconda un intento moralistico o pedagogico finalizzato o a regimentare la sessualità o a governare la bellezza e la seduttività. Non è facile far capire ai ragazzi che la questione della salute viene molto prima di tutto ciò ed è legata al valore supremo della sopravvivenza.

- preparazione e aggiornamento professionale

Ogni sforzo deve essere fatto perché si diffonda la consapevolezza che anche se il disturbo alimentare è una malattia, esso è di prevalente competenza educativa e chiama in causa tutti gli adulti che gravitano, con diversi ruoli attorno all'universo adolescenziale. Docenti, educatori, allenatori, psicologi, medici di base e genitori è necessario siano consapevoli che la guarigione dal disturbo è una vicenda relazionale che li riguarda tutti e che ogni delega è non solo infondata ma può essere pericolosa perché si apre nella rete degli interventi una voragine concettuale. Poi è ovvio che debba essere continuamente aggiornata la competenza degli operatori sanitari se non altro per mettere tutti al sicuro che l'ultima "moda" terapeutica non prenda il sopravvento sul buon senso che conosce bene quanto sia lungo e difficile il percorso da effettuare per accompagnare l'adolescente ascetica ed emaciata fuori dal regno dei demoni che si sono impadroniti della sua mente facendole credere che si possa crescere sola contro tutti, rifiutando qualsiasi tipo di dipendenza.

- strumenti di ricerca

Il cantiere della ricerca clinica è aperto ormai da molti anni: serve un maggiore confronto fra i gruppi di lavoro che utilizzano più o meno i medesimi riferimenti teorici ed abbiano accumulato molta esperienza. Ora è diventato necessario concordare un sapere comune su come si sviluppi nel tempo il disturbo alimentare e su quale sia il suo destino.

- criteri e modalità per impedire l'accesso ai siti pericolosi

Credo sia prudente ipotizzare che la soluzione di questo cruciale e difficile problema sia affidato alla competenza dei tecnici che siano altrettanto agguerriti delle adolescenti che cercano in internet la loro droga culturale: sconsiglierei di affidare ai genitori la gestione dell'accesso ai siti pericolosi: è troppo evidente che sono impari al compito per una miriade di motivi che nulla hanno a che vedere con la competenza genitoriale.

**Articolo 4:** definire test diagnostici e di controllo.