



Nel cuore del centro specializzato **"Lo Specchio"**, in Sardegna, dove si affrontano quotidianamente le sfide legate ai **disturbi dell'alimentazione e della nutrizione**, **Pablo Belfiori**, nutrizionista e direttore sanitario, è in prima linea nel prendersi cura di pazienti che vivono situazioni estremamente complesse. Con una solida esperienza nel trattamento dei disordini alimentari, il dottor Belfiori ci racconta le difficoltà di una professione che, ogni giorno, **si confronta con la fragilità fisica e psicologica dei pazienti**, ma anche con la necessità di un supporto umano che vada oltre la semplice cura clinica. In occasione della **Giornata del Focchetto Lilla**, lo abbiamo intervistato: ci ha parlato dell'evoluzione dei disturbi alimentari, dei miti da sfatare, del ruolo della famiglia, dei professionisti e della società, ma anche dell'approccio che il suo centro propone per affrontare in modo efficace queste patologie.

Come è cambiata, negli ultimi anni, la percezione dei disturbi alimentari da parte del grande pubblico?

«Ci sono stati sicuramente aspetti positivi, ma anche negativi. Alcuni eventi recenti, come il lockdown, hanno esasperato certe dinamiche psicopatologiche legate all'isolamento e alla mancanza di interazione sociale. Ragazzi e ragazze hanno passato molto tempo chiusi in casa con le proprie famiglie e questo ha portato alla luce difficoltà che prima potevano rimanere nascoste. Inoltre, come confermano diverse ricerche, la DAD e la continua esposizione alla propria immagine hanno accentuato l'attenzione sul corpo.

Dall'altro lato, oggi finalmente si parla di disturbi alimentari. Un tempo, cercando informazioni su internet, era facile imbattersi in siti che enfatizzavano la magrezza e fornivano metodi dannosi per raggiungere determinati obiettivi estetici. Oggi, per fortuna, questi contenuti sono illegali. La maggior parte delle informazioni disponibili è più funzionale e orientata alla sensibilizzazione. Anche in televisione il tema è affrontato con maggiore consapevolezza».

E da parte della comunità scientifica?

«I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione sono così complessi che la comunità scientifica ha strutturato un sistema di cura su tre livelli: ospedale, comunità residenziale e ambulatorio. L'ideale sarebbe che questi livelli fossero più integrati. Oggi, invece, se un paziente in comunità si aggrava

e deve essere ricoverato, trovare un ospedale adeguato è complicato. Spesso il primo ospedale specializzato disponibile non è vicino, ma a centinaia di chilometri di distanza.

Un ospedale generico può gestire un'emergenza clinica, come una grave disionia con una flebo di potassio, ma questo non basta. Serve qualcuno che, mentre somministra la flebo, ascolti il paziente, comprenda le cause profonde della sua condizione, valuti la necessità di un supporto psicologico, di un trattamento psichiatrico o di un aiuto sociale. La complessità della patologia richiede un approccio multidisciplinare: oltre al medico internista, servono lo psichiatra, il nutrizionista, il fisioterapista, lo psicoterapeuta e un educatore che segua il paziente nel quotidiano.

Non è realistico pensare che tutti gli ospedali abbiano un reparto dedicato, ma almeno uno per regione sarebbe auspicabile. In questo modo, un paziente grave potrebbe essere trasferito rapidamente, senza rischiare la vita per l'assenza di strutture adeguate.

Il 15 marzo, Giornata del Focchetto Lilla, è un'occasione per ribadire questa necessità. Tempo fa era stato proposto il Percorso Lilla nei pronto soccorso, con una formazione specifica per medici e infermieri, affinché fossero in grado di riconoscere tempestivamente una situazione di rischio. Purtroppo, questa iniziativa è stata applicata in pochissimi ospedali, perdendo un'occasione preziosa per salvare vite e per rendere più efficace la diagnosi precoce».

Come nutrizionista e direttore sanitario del centro specializzato "Lo Specchio", qual è la sfida più grande che incontra ogni giorno nel trattamento dei disturbi alimentari?

«Nella comunità ospitiamo, attualmente, una trentina di pazienti, alcuni dei quali in condizioni molto gravi, in estremo sottopeso, ma anche con obesità di terzo grado. Ci sono pazienti con famiglie molto presenti, a volte anche invadenti, e altri che non hanno nessuno al mondo. I disturbi alimentari richiedono un approccio multidisciplinare e, di conseguenza, anche l'équipe che se ne occupa è molto articolata: psichiatri, infermieri, nutrizionisti, psicologi, educatori, operatori sociosanitari.

L'unica parola che mi viene in mente per riassumere tutto questo è complessità. La mia sfida più grande è cercare di gestirla, garantendo a ogni paziente un tempo costruttivo, fatto di accoglienza, calore umano e attenzione. E, allo stesso tempo, fare altrettanto per i colleghi, perché non si può curare un disturbo così complesso senza prendersi cura anche di sé e della relazione con il proprio team.

Quando i pazienti lasciano la comunità – perché hanno raggiunto degli obiettivi o perché devono andare via, visto che la nostra struttura è convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale – spesso scrivono una lettera per salutare i compagni e gli operatori. E quasi sempre, in queste lettere, mi scrivono che sono stato come un padre per loro. Per me è molto importante. Non perché io aspiri a diventare padre – me ne guardo bene, ho già due figlie – ma perché questo significa che hanno percepito il calore, l'accoglienza e quel tempo razionale, ragionato e strutturato che è esattamente la mia sfida».

Qual è il ruolo dei pediatri e dei genitori nella prevenzione dei disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti?

«Uno dei problemi principali è che i disturbi alimentari fanno paura, persino ai medici. Sono patologie complesse, potenzialmente mortali, che richiedono un approccio multidisciplinare. Ma oltre alla paura, c'è anche troppa superficialità quando si parla del corpo dei bambini e degli adolescenti.

Molti pazienti in grave sottopeso raccontano di essere stati bambini un po' in sovrappeso e di aver ricevuto commenti negativi da parte dei pediatri. Spesso, per risolvere il "problema", i genitori li portavano dal medico, il quale si limitava a osservare che il bambino aveva un po' di pancia o cosce più rotonde. Ma la crescita non è lineare. Un bambino può accumulare un po' di tessuto adiposo prima di un allungamento improvviso. Lo stesso vale per le ragazze che si avvicinano alla pubertà. Il corpo cambia, può gonfiarsi, può aumentare l'appetito, ma questo è un processo naturale.

Il modo corretto per aiutare un bambino non è dirgli “Non mangiare le patatine perché ingrassi”, ma strutturare un ambiente sano. Se in casa ci sono solo snack industriali, è ovvio che il bambino li mangerà. Ma chi fa la spesa? I genitori. Non si tratta di vietare, ma di proporre alternative. Se un bambino chiede le patatine e le ha mangiate il giorno prima, gli si può dire: “Oggi proviamo qualcosa di diverso, magari un gelato alla frutta”. È un processo complesso, ma necessario per evitare che il cibo diventi un problema già in giovane età».

I social media che ruolo giocano nella diffusione di un rapporto malsano con il cibo?

«I modelli estetici che circolano sui social sono irraggiungibili. Riguardano la magrezza, ma non in modo uniforme: alcune aree del corpo devono essere estremamente magre, mentre altre devono essere enormemente prosperose. Sono immagini che puoi ottenere con Photoshop, con la chirurgia estetica o con entrambi, per enfatizzare ancora di più certe caratteristiche.

Chi non ricorre a questi strumenti fa molta più fatica a raggiungere quegli standard. Questo vale sia per la seduzione femminile, sia per quella maschile. Forse noi adulti siamo più distaccati, ma se a 14 anni avessi avuto sotto gli occhi questi esempi, probabilmente mi sarei sentito frustrato per non essere come loro. E magari avrei cercato in tutti i modi di raggiungere quei canoni. È qui che nasce il vero problema. Non nella semplice presenza su Instagram di un fisico statuario o di una modella modificata, ma nella presenza di persone che danno consigli su come ottenere quei risultati. Non è il muscolo perfetto che è sbagliato, è il modo in cui ti suggeriscono di ottenerlo. Ti consigliano di mangiare in un certo modo, di allenarti in un certo modo, di seguire una routine precisa, senza avere nessuna competenza specifica. Possono dare messaggi potenzialmente pericolosi.

I social possono essere una grande fonte di ispirazione, ma per i più giovani rappresentano anche un rischio enorme. Dopodiché, se un ragazzo cresce in una famiglia in cui si parla di sentimenti, di sessualità, in cui ci si sente liberi di esprimere paure e dubbi senza essere giudicati, allora avrà gli strumenti per modulare quei messaggi diseducativi, potrà guardarli con occhi critici ed evitare di venirne sedotto o, nei casi peggiori, ferito».

Se potesse sfatare un solo mito sui disturbi alimentari, quale sceglierebbe e perché?

«Il fatto che le ragazze e i ragazzi che hanno un disturbo del comportamento alimentare perseguono il mito della bellezza. La realtà è che inseguono il mito della perfezione. E la perfezione è molto più impegnativa della bellezza. È un concetto molto più ampio, può riguardare la scuola, il fisico, l'alimentazione, il numero sulla bilancia. La perfezione è una parola molto più organica, ha più carattere, ha più volume, ha più sostanza. Inoltre, è variabile».

Spesso quando si parla di disturbi alimentari si pensa solo ad anoressia e bulimia. Ma ce ne sono tanti altri.

«Un altro, ad esempio, riconosciuto dal DSM-5 è il disturbo da alimentazione incontrollata. Assomiglia alla bulimia perché prevede abbuffate, ma, a differenza di questa, non ci sono comportamenti di compensazione. Chi ne soffre tende quindi a prendere molto peso e spesso raggiunge forme di obesità estrema. Circa un quarto delle persone con grave obesità ha questo disturbo, che è a tutti gli effetti una patologia psichiatrica e va trattata come tale. C'è poi l'emotional eating, cioè il mangiare per compensare le emozioni, che spesso si accompagna all'obesità e richiede un approccio multidisciplinare.

Tra i disturbi emergenti c'è l'ortoressia, ovvero l'ossessione patologica per il cibo sano, e la vigoressia, detta anche anoressia inversa. È tipica dei ragazzi che fanno palestra con l'ossessione di aumentare la massa muscolare. A differenza del bodybuilder appassionato, chi soffre di vigoressia non si vede mai abbastanza grosso: anche se ha un fisico enorme, si guarda allo specchio e si percepisce piccolo. Questa dispercezione corporea porta ad allenamenti ossessivi, all'abuso di proteine e spesso di farmaci anabolizzanti. Ma anche quando il fisico cresce, resta l'insoddisfazione, l'infelicità. È un disturbo psichiatrico vero e proprio.

C'è poi la pregorexia, che viene dal termine "pregnant" ed è l'anoressia delle donne in gravidanza. Per paura di prendere peso, mangiano troppo poco, mettendo a rischio non solo la loro salute, ma anche quella del bambino. Un altro disturbo gravissimo è la diabulimia, che riguarda le persone diabetiche. In questo caso, il comportamento di compensazione è il rifiuto di assumere insulina. Andando in iperglicemia, l'organismo non assorbe gli zuccheri e il paziente limita l'utilizzazione dei carboidrati come fonte energetica, ma così facendo danneggia gravemente i suoi organi interni. C'è poi la pica, ovvero il disturbo che porta a masticare e deglutire sostanze non alimentari, come terra o cotone. Un altro disturbo emergente è il disturbo evitante-restrittivo dell'assunzione di cibo, tipico dei bambini che sviluppano paure legate all'alimentazione, come la paura di soffocare, o ossessioni particolari, per cui mangiano solo cibi di un certo colore (ad esempio solo bianchi o solo gialli) o solo alimenti con determinate consistenze.

Un comportamento anomalo che si osserva spesso, ed è un comportamento alimentare patologico, è quello del masticare e sputare il cibo senza ingerirlo. Questi disturbi non sempre vengono riconosciuti ufficialmente perché non portano necessariamente a un sottopeso grave o a conseguenze organiche pericolose per la vita».

A proposito di ortoressia, quando una sana alimentazione può trasformarsi in un'ossessione?

«Esatto, la parola chiave è ossessione. Se io ho la passione per il cibo sano, ma svolgo una vita normale e mi concedo magari una pizza con gli amici in un ristorante non classificato come "sano", sono una persona sana. Se, invece, passo tutta la giornata a cercare l'allevatore che produce le uova con un determinato metodo e mi faccio 200 km per comprarle, evito di andare al ristorante perché "chissà come cucinano" e rifiuto di mangiare con gli amici, allora ho un problema.

L'ossessione cresce, peggiora, e non si cura semplicemente trovando un supermercato sotto casa che vende gli alimenti "giusti", perché il problema non è il cibo in sé, ma la fissazione mentale che diventa una parte centrale della mia giornata».

In molti casi, i disturbi alimentari sono legati a un bisogno di controllo. Esistono strategie per aiutare i pazienti a incanalare questo bisogno in modo costruttivo?

«Per chi soffre di un disturbo alimentare, come l'anoressia o la bulimia, il controllo e la disciplina devono essere messi in discussione perché alimentano il disturbo. Per aiutare questi pazienti, è necessario allontanarsi dalla rigidità, dalla disciplina e dal controllo, e favorire invece un recupero della libertà, che include anche la possibilità di esplorare le emozioni senza dover seguire regole rigide. La stessa rigidità con cui affrontano il cibo è spesso quella con cui affrontano la vita emotiva. Un esempio di questo processo è l'anoressia restrittiva, in cui il paziente sviluppa una dipendenza dalla sensazione di fame. L'idea di non sentirsi affamati può spaventarli, mentre sfamarsi è vissuto come un atto che va contro quella dipendenza. Al contrario, chi soffre di bulimia nervosa sviluppa una dipendenza dai processi di compensazione».

Cosa non deve fare un familiare o un amico di una persona con un disturbo alimentare?

«Quello che dico sempre alle famiglie è che devono tornare a fare i genitori. Non sono terapeuti, nutrizionisti o psichiatri- Devono offrire amore, ascolto e accoglienza, lasciando gli aspetti clinici ai professionisti. Questo spesso li solleva, perché si sentono meno gravati da responsabilità che non sono loro.

Un aspetto fondamentale è la cosiddetta "congiura del silenzio": non fare mai commenti sulle forme del corpo o sul cibo. Le classiche frasi a tavola come "perché non lo mangi?" o "dai, è buono" non fanno altro che amplificare il problema. Il cibo, per chi soffre di un disturbo alimentare, non è solo cibo, ha un significato profondo. Bisogna mettere nel piatto una porzione adeguata e basta, senza pressioni.

Anche il modo di comunicare è importante. Invece di chiedere "come stai?", meglio raccontare di sé: "Oggi al lavoro un collega era distrutto perché il figlio non lo fa dormire". Questo apre uno spazio di dialogo naturale, senza forzature. E poi, mai commentare il corpo, neanche in positivo.

Dire "ti vedo bene" può essere devastante per una ragazza anoressica, che lo interpreta come "sono ingrassata, devo dimagrire di più". Meglio fare complimenti neutri, come "che bel vestito" o "che bel colore di smalto". Questi accorgimenti dovrebbero essere adottati da chiunque abbia a che fare con persone che soffrono di disturbi alimentari».

"Lo Specchio" è un punto di riferimento in Italia per chi affronta i disturbi alimentari. Qual è l'approccio distintivo del centro nella presa in carico dei pazienti e quali servizi offrite per garantire un percorso di cura efficace?

«La nostra cifra stilistica è molto vicina al concetto di accogliere i pazienti come fossimo una famiglia perché, come in una famiglia funzionante, diciamo così, esistono delle regole che vanno rispettate ed esiste fondamentalmente un tempo che si dedica all'ascolto, all'accoglienza e a dare amore al proprio figlio. Facciamo molta formazione per la terapia dialettico comportamentale che insegna ai terapeuti come gestire, ad esempio, la disregolazione emotiva. Facciamo anche tanto team building perché abbiamo il desiderio di proteggere non solo i pazienti, ma anche i nostri collaboratori.

A livello di servizi offerti, i due aspetti a cui tengo particolarmente sono il fatto che abbiamo la possibilità di accogliere pazienti anche in una condizione di sottopeso talmente grave da richiedere l'utilizzo della nutrizione enterale, quindi con i sondini nasogastrici. È il motivo per cui il 60% delle persone attualmente in struttura non è sardo, ma proviene da tutta Italia: Lombardia, Sicilia, Piemonte, Veneto, Lazio, Puglia. Il secondo, invece, è il fatto che da circa un anno e mezzo abbiamo attivato un percorso di semi residenzialità con il co-housing, per cui i pazienti che stanno terminando il loro percorso in residenza, se i servizi sono concordi, vengono ospitati all'interno di un appartamento gestito dalla nostra organizzazione. Questo approccio favorisce un graduale ritorno alla libertà, monitorando le difficoltà che emergono fuori dalla comunità protetta».

Anche perché queste patologie hanno un elevato tasso di recidiva...

«Esistono delle ricadute, ma ci siamo resi conto che nascono o da una presa in carico scorretta, per cui arriva da noi un paziente che non ha bisogno di entrare in una comunità residenziale, ma ha bisogno di un ricovero ospedaliero perché è troppo grave per poter essere riabilitato, oppure nascono dal fatto che dopo il percorso residenziale il paziente torna sul suo territorio dove manca un approccio ambulatoriale efficace. È un po' lo stesso discorso delle tossicodipendenze che hanno, anche loro, un alto tasso di recidiva. Quando tu isoli un ragazzo tossicodipendente, lo aiuti ad astenersi dal consumare la sostanza, gli insegni un lavoro, lo riabiliti, gli permetti di riprendere ad avere dei contatti più sani con la sua famiglia, ma poi quel ragazzo torna nel contesto in cui ha iniziato a farsi, vede le persone che si fanno ancora, con i quali lui si faceva prima della riabilitazione. Ecco, esiste un'elevatissima probabilità che proprio il contesto lo porti a ritornare sulla vecchia strada. Sganciarsi dal contesto fa la differenza, così come continuare il proprio percorso terapeutico di accompagnamento permette di non perdere la stabilità acquisita».



Nato nel 1974 a Cagliari, laureato in medicina e Chirurgia a Cagliari e specializzato in scienza dell'alimentazione nel 2005. Da vent'anni esercita la libera professione come medico dietologo. Dal 2019 è Direttore sanitario del centro per la cura dei DAN "Lo Specchio". Dal 2021 è responsabile dell'ambulatorio *Food For Mind* di Cagliari.