

1.0 Le fasi del cambio di approccio

Quando si compie un passaggio verso un approccio professionale non prescrittivo, spesso, soprattutto se si sono seguite altre formazioni in Italia o all'estero, si parla della possibilità di una "via di mezzo". Molto probabilmente è proprio lì che ti trovi oggi.

Cosa significa? Immaginiamo di partire da un approccio prescrittivo e centrato sul peso, molto accademico. All'estremo opposto troviamo un approccio non prescrittivo e inclusivo. In mezzo, c'è una zona sfumata che non appartiene pienamente a nessuno dei due poli: è ciò che spesso viene chiamato "approccio flessibile". Possiamo vedere questi tre come fasi diverse di un percorso evolutivo. È comune che il passaggio avvenga in sequenza: prima dal prescrittivo al flessibile, poi verso il non prescrittivo.

Questo perché il cambiamento di approccio implica l'integrazione di sguardi, strumenti e decostruzioni nella pratica clinica, e questo rende difficile un salto diretto. A meno che non si inizi subito con una formazione non prescrittiva o flessibile, come nel caso di chi si affaccia ora alla professione e ha la possibilità di entrare in contatto con questi paradigmi fin dall'inizio.

Per aiutarti a orientarti, vedremo ora alcuni temi chiave espressi nei tre approcci. Questo ti permetterà di riconoscere dove ti senti oggi e comprendere l'evoluzione. In seguito, lavoreremo in profondità su ogni tema, per supportare un passaggio pieno verso l'approccio non prescrittivo.

1. Salute

- *Prescrittivo*: la salute è vista come assenza di malattia, da ottenere attraverso disciplina e impegno personale.
- *Flessibile*: la salute è vista come equilibrio individuale, più complesso e personale, ma ancora centrato su una "normalità" e sulla performance.
- *Non prescrittivo*: la salute è un diritto, non un dovere; è relazionale e contestuale, non normata. Si riconosce l'esistenza del sanismo e dei bias legati alla salute.

2. Dieta

- *Prescrittivo*: la dieta è lo strumento di cura principale e necessario.
- *Flessibile*: si usano "non-diete" o pseudo-diete, piani flessibili ma ancora normativi.
- *Non prescrittivo*: si decostruisce la cultura della dieta, si lavora sul significato e sull'impatto che ha per la persona.

3. Peso

- *Prescrittivo*: il peso è un problema clinico da gestire e modificare.
- *Flessibile*: si riconosce che il peso non è tutto, ma c'è ancora ambivalenza.
- *Non prescrittivo*: il peso non è da cambiare. Si lavora su concetti come peso naturale, stigma, grassofobia e weight cycling.

4. Percorso terapeutico nutrizionale

- *Prescrittivo*: basato su obiettivi definiti dal professionista.
- *Flessibile*: si dialoga con la persona, ma la struttura resta centrata sulla performance.

- *Non prescrittivo*: il percorso è co-costruito, fluido, autodeterminato e orientato al miglioramento della qualità della vita.

5. Relazione terapeutica

- *Prescrittivo*: relazione gerarchica, direttiva, con asimmetria di potere.
- *Flessibile*: relazione empatica, si comunica e si ascolta, ma resta una guida implicita del professionista.
- *Non prescrittivo*: relazione di alleanza, rispetto reciproco, visione condivisa. Si intrecciano competenze professionali ed esperienza vissuta della persona.

6. Paternalismo e autodeterminazione

- *Prescrittivo*: paternalismo forte: "ti proteggo decidendo per te".
- *Flessibile*: tensione tra protezione e libertà, fase instabile.
- *Non prescrittivo*: autodeterminazione centrale, come valore politico e risorsa terapeutica, sostenuta da strumenti e cornici adeguate.

7. Strumenti terapeutici-nutrizionali

- *Prescrittivo*: piani alimentari, grammature, diario alimentare come controllo, protocolli standard.
- *Flessibile*: educazione nutrizionale adattata, ascolto dei segnali del corpo, diario come esplorazione.
- *Non prescrittivo*: strumenti scelti in base alla risonanza con la professionista: intuitive eating, mindful eating, mindfulness, educazione nutrizionale non prescrittiva, journaling, pratiche guidate di ascolto corporeo.

Questa panoramica serve per aiutarti a vedere dove sei ora, dove ti senti più radicata e dove invece vorresti evolvere. Ti mostra la direzione del lavoro che faremo insieme e ti permette di comprendere meglio il senso, anche pratico, degli strumenti che andremo a esplorare.

Ricorda: non è un esercizio per giudicarti. La cultura della performance ci spinge a sentirci inadeguate, ma tu hai già moltissimo da offrire. Le ricerche ci dicono che fino al 60% dell'esito positivo in un percorso terapeutico dipende dalla relazione. Quindi, qualunque sia il tuo punto di partenza, sei già una risorsa preziosa per chi si affida a te.

E se oggi stai scegliendo di fare un passo in più, sappi che hai tra le mani una possibilità concreta di costruire un modo di lavorare più coerente con i tuoi valori, più rispettoso delle persone e, soprattutto, più trasformativo per tutto.

1.1 Salute

Parliamo del concetto di salute, perché in fondo è uno dei motivi per cui gli spazi di cura esistono. È il motivo per cui facciamo quello che facciamo: aiutare le persone a migliorare la propria salute.

Ma cosa significa davvero "salute"? Cosa significa per noi e cosa significa per la persona che abbiamo davanti?

Soprattutto nei primi passi verso un approccio non prescrittivo, o in una fase di transizione, è comune provare frustrazione nel sentire ripetere continuamente, da persone diverse, sempre gli stessi parametri di salute. Tutte le persone che entrano nel nostro spazio di cura sembrano avere la stessa idea di salute.

Come professionisti non prescrittivi possiamo lavorare su questo. Ma per farlo, dobbiamo iniziare da noi stessi: decostruire il concetto di salute che abbiamo interiorizzato, per poi farlo insieme alle persone.

Un presupposto importante: tutti i concetti che viviamo sono costruiti culturalmente. Sono il frutto di processi storici, sociali e culturali.

Se io ti dico "macchina", nella tua mente appare un'immagine. Ma se l'avessi detto un secolo fa, l'immagine sarebbe stata completamente diversa. Lo stesso vale per concetti più complessi come la salute. Anche la salute è un costrutto culturale.

Abbiamo un'immagine introiettata di cosa significhi salute. Ti invito, alla fine di questa lezione, a chiudere gli occhi e notare quali immagini, sensazioni, contesti ti appaiono spontaneamente alla parola "salute". Quelle immagini fanno parte dell'immaginario sociale che abbiamo interiorizzato.

Ed è importante rendersene conto, perché quel concetto di salute è normativo: prefatto, rigido, universale, bianco o nero. Non è autodeterminato, fluido o soggettivo.

Vediamo due definizioni ufficiali di salute.

La prima, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS):

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattia o infermità."

La seconda, dell'Institute of Medicine:

"La salute è la capacità dell'individuo di adattarsi e gestire le sfide fisiche, mentali e sociali della vita quotidiana."

Entrambe ci danno elementi importanti da decostruire. Primo tra tutti: **la salute è un diritto e un privilegio, non un dovere.**

La vita quotidiana ci racconta il contrario. Quante volte sentiamo frasi come: "Non supporto chi fuma, chi ha un corpo grasso... perché poi sono un peso per il sistema sanitario". Interiorizziamo l'idea che la salute sia un dovere morale: che abbiamo l'obbligo di mantenerci sani, e che non farlo sia una colpa.

Invece, la salute è un diritto. Se ho le risorse, la volontà, le priorità per coltivarla, posso farlo. Ma posso anche fare scelte diverse, senza per questo essere giudicabile.

In secondo luogo, la salute è un privilegio. Anche solo cercare di raggiungere uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" richiede accesso a risorse: economiche, di tempo, sociali, biologiche, familiari, emotive. E queste risorse non sono disponibili per tutto.

Un secondo elemento da decostruire: **la salute è un concetto complesso.**

Se io dico "biscotti" e "carote", quale ti sembra più salutare? Se dico "palestra" o "pub", quale ti sembra più legato al benessere? Istintivamente rispondiamo: carote e palestra. Ma non è così semplice.

La salute non è legata solo agli alimenti o ai luoghi, ma ai bisogni e al contesto della persona. Una carota non dà energia; se la persona ha bisogno di energia, forse è un biscotto la scelta più funzionale. Ma se quel biscotto lo mangia in un contesto giudicante e grassofobico, magari la scelta più rispettosa per sé è un'altra. La salute non è solo cosa si fa, ma **dove, con chi, come e perché lo si fa.**

Nel materiale troverai un grafico, creato a partire da dati OMS, che mostra quanto i comportamenti individuali (alimentazione, attività fisica, ecc.) contino solo per un terzo nella salute complessiva. Il resto dipende da fattori sociali, economici, biologici, ambientali.

Il cibo, quindi, è solo uno dei tanti elementi, e spesso neanche il più determinante. Eppure noi, nel nostro lavoro, spesso lo trattiamo come centrale. Questo è un altro nodo da sciogliere.

Un terzo aspetto da tenere a mente: **abbiamo interiorizzato una salute gerarchica.**

Secondo la definizione OMS, benessere fisico, mentale e sociale sono sullo stesso piano. Ma nella realtà il benessere fisico viene sempre prima. Esempio: rinunciare all'aperitivo per fare yoga ci sembra un gesto sano. Rinunciare alla palestra per stare con gli amici al pub, no.

Questo mostra quanto consideriamo il sociale meno importante del fisico. Ma per molte persone, coltivare relazioni è più prioritario, più curativo, più sostenibile.

Quindi, riassumendo:

1. La salute è un **diritto e un privilegio**, non un dovere morale.
2. La salute è un **concetto complesso**, unico per ogni persona.
3. La salute è **gerarchizzata** nella nostra cultura, ma non dovrebbe esserlo.

Perché è importante riconoscere tutto questo?

Perché, altrimenti, senza volerlo, finiamo per applicare il nostro concetto normativo di salute alle persone che abbiamo davanti. Daremo più valore a certi obiettivi (es. introdurre movimento) piuttosto che ad altri (es. coltivare socialità). Considereremo la salute come un traguardo da raggiungere, e non come qualcosa da esplorare insieme.

E anche la persona stessa farà lo stesso: si sentirà difettosa, sbagliata, colpevole per non aver rispettato quella idea di salute interiorizzata.

La nostra responsabilità è quindi aprire uno spazio diverso. Uno spazio dove la persona possa esplorare la propria idea di salute, unica, autodeterminata. Dove possa, forse per la prima volta, **scegliere** cosa significa per lei stare bene.

Attenzione: parlare di salute non è mai neutro. La salute è un costrutto culturale e politico: riflette i valori dominanti della società. Come la bellezza. Quando diciamo "migliorare la salute", se non ci interroghiamo su cosa intendiamo, rischiamo di rafforzare idee normative, giudicanti, patologizzanti.

Potremmo finire per incentivare cambiamenti che, sotto sotto, comunicano: "Ti accetterò solo se cambi". Potremmo escludere chi convive con cronicità, dolore, disabilità, e che non ha un "dopo" più funzionale da immaginare. Potremmo promuovere la correzione piuttosto che l'accoglienza.

Il nostro lavoro parte quando ci rendiamo conto di tutto questo. Quando, con intenzione, scegliamo di **costruire spazi sicuri e supportanti**, dove le persone possano esplorare, con libertà, cosa significa per loro salute.

Perché lavoriamo nella salute. Ma la salute non può essere data per scontata. Va prima di tutto **indagata**.

E nel farlo, creiamo un nuovo spazio: più umano, più inclusivo, più vero.

1.2 Sanismo, abilismo, cultura della dieta

In questo momento andiamo ad esplorare tre concetti principali: la cultura della dieta, il sanismo e l'abilismo. Lo facciamo per capire come questi si intrecciano con lo spazio di cura e come possiamo entrarci dentro per renderlo sempre più non prescrittivo e inclusivo.

Su alcuni concetti andrò veloce: se hai bisogno di approfondimenti, puoi chiedermelo in qualsiasi momento. Uno di questi è sicuramente la cultura della dieta.

La cultura della dieta è un sistema di valori e credenze che trasmette una visione rigida, dicotomica (bianco/nero) dell'alimentazione, del corpo e dell'attività fisica. Fa due cose principali che interferiscono profondamente con il rapporto delle persone con il cibo, il corpo e il benessere:

1. **Crea un legame morale tra le scelte e il valore della persona.**

Chi mangia in un certo modo, segue certe routine, è considerato più meritevole, più di valore. Per questo ci si sente in colpa quando si mangia un dolce o si salta la palestra: non è solo una scelta alimentare, è una questione di valore personale. Questo legame morale irrigidisce il comportamento e genera sensi di colpa difficili da sciogliere.

2. **Divide cibi e comportamenti in "sani" e "non sani" in modo netto.**

Verdure = sane. Dolci = non sani. Fare sport = sano. Riposare = non sano. Questo contrasta con l'idea di salute come concetto fluido, complesso e soggettivo. Ogni scelta può essere vantaggiosa o meno per il benessere di una persona, a seconda del momento, dei bisogni, del contesto. Ma se abbiamo interiorizzato che mangiare verdura è sano e che ci rende migliori, allora ci sentiremo in colpa se non lo facciamo. Faremo fatica a legittimare il fatto che, in quel momento, per noi è meglio fare una scelta diversa.

Parliamo ora di **abilismo**: è l'insieme di sguardi, costrutti e pratiche che danno per scontato che l'essere umano, nel suo stato "normale", sia abile, sano, performante. L'abilismo considera "standard" un corpo che non ha dolore cronico, paralisi, patologie; una mente stabile, una vita lunga e funzionale.

Da qui nasce il **sanismo**: l'insieme delle discriminazioni nei confronti di chi non rientra in questo ideale di salute. Chi ha una diagnosi psichiatrica, ad esempio, viene percepito come una versione difettosa dell'umano. Come nei corpi: il corpo magro è il riferimento, quello grasso è la deviazione.

Cultura della dieta, abilismo e sanismo alimentano l'idea che solo chi ha corpi e menti funzionanti secondo gli standard meriti piena attenzione, cura, voce, amore.

Ricordiamoci sempre il doppio livello:

- Quello **sociale**: la società garantisce più accesso e possibilità a chi è conforme (lavoro, spostamenti, visibilità).
- Quello **interiorizzato**: chi non ha corpi o menti conformi impara a sentirsi meno meritevole, meno amabile, meno sano.

Conoscere tutto questo è fondamentale nello spazio di cura non prescrittivo. Perché sia noi che la persona che abbiamo davanti abbiamo interiorizzato un ideale: l'umano sano, abile, performante.

Tutto ciò che si allontana da questo ideale rischia di essere percepito come un compromesso, un fallimento, un difetto.

Il rischio è quindi promuovere (inconsapevolmente) una salute moralizzata, che spinge verso comportamenti "ottimizzanti", anche quando non sono accessibili, sostenibili, o addirittura rispettosi per la persona che abbiamo davanti.

Spesso costruiamo percorsi di cura dando per scontato che tutte le persone:

- vogliono migliorare,
- possano cambiare,
- siano in grado di seguire routine,
- desiderino mangiare più vario, più verdure, più sano (in senso normativo).

Ma non tutti i corpi sono performanti, non tutte le menti sono lineari, non tutte le persone hanno le stesse risorse. Alcune convivono con fatica cronica, dolore, neurodivergenze, instabilità. Proiettare su di loro aspettative implicite può escluderle, invisibilizzarle o farle sentire sbagliate.

Una persona con dolore cronico non è "di serie B". Non è difettosa. È semplicemente umana, nella sua diversità.

Quando accogliamo una persona nello spazio di cura, dobbiamo chiederci: **che mix unico ho davanti?** Quali sono le sue risorse, i suoi tempi, i suoi funzionamenti? Altrimenti finiremo per confrontarla con il modello interiorizzato di persona abile.

Esempio: una persona dice di non riuscire a fare movimento. Magari è stanca. Ma se ha un dolore cronico (che non ci ha ancora detto), le sue possibilità vanno misurate sul suo corpo, non sul modello ideale. Lo stesso vale per chi vive perdite di controllo e ha, ad esempio, una diagnosi di ADHD: la causa e il funzionamento saranno completamente diversi rispetto ad altri pazienti.

Anche il linguaggio che usiamo nello spazio di cura può essere escludente, senza volerlo:

- **"Ascolta il tuo corpo"**: ma se il corpo è fonte di dolore o dissociazione, è un messaggio lontano dalla realtà della persona.
- **"Piccoli passi ogni giorno"**: ma se la vita è imprevedibile o la condizione varia da un giorno all'altro, questo può generare pressione e senso di inadeguatezza.

Evitare certi linguaggi non significa censurare, ma essere più intenzionali. Scegliere espressioni più ampie, accessibili, esplorative. Per esempio:

- Cosa può esserci di utile per te oggi?
- Quali sono i tuoi punti di riferimento?
- Cosa è possibile per te, qui e ora?

Questo è anche un modo per uscire dalla **cultura della performance**, che vuole che la cura sia un progresso lineare, pieno di obiettivi e miglioramenti costanti. Ma la realtà è che molte persone hanno bisogno che la cura accolga la ciclicità, la fluttuazione, le pause.

Uno spazio non prescrittivo è uno spazio dove si possono **abbassare le armi**, dove il valore non è legato alla forma del corpo, a quanto sport si fa, a quanta energia si ha, ma all'essere. Dove si può coesistere con le proprie caratteristiche, con i propri alti e bassi, senza sentirsi "meno".

Lo spazio di cura diventa un luogo dove chi non può o non vuole cambiare si sente comunque degno di esserci. Dove il valore non dipende dalla trasformazione, ma dall'accompagnamento. Dove si può smettere di cercare di aggiustarsi, e iniziare a conoscersi e accogliersi.

E tutto questo comincia da noi.

Come stiamo noi con le nostre fluttuazioni? Con le giornate in cui siamo stanchi? Con le visite "vuote"? Ci sentiamo difettoso se una visita non porta svolte, non ha momenti "wow"? Come viviamo noi l'idea che non tutto debba sempre migliorare?

Perché quello che portiamo nello spazio di cura non è solo quello che diciamo. È anche il modo in cui ci trattiamo. È il modo in cui abitiamo la nostra umanità.

Se vogliamo aiutare le persone a vivere una salute autodeterminata, fluida e unica, dobbiamo essere disposti a vivere anche noi uno spazio di cura che non ha solo visite piene, ma anche visite lente, silenziose, fatte di presenza.

Perché è lì, nello spazio tra le parole, che la cura vera comincia.

Torna su questi pensieri. Appunta le domande che emergono, le parti che ti sembrano fumose, le cose che ti risuonano. Perché ci torneremo, insieme.

1.3 Grassofofia e ideale di bellezza

Parliamo di grassofofia e ideale di bellezza, perché non sono la stessa cosa. Diventa importante distinguerle.

Quando affrontiamo queste macro tematiche sociali, propongo tutti quei passaggi che considero fondamentali per la tua pratica clinica e per lo spazio di cura. Alcuni aspetti potranno essere integrati man mano. Esistono tantissimi riferimenti utili su questi temi, e ti indicherò libri da leggere. Quelle pagine sono preziose, perché scritte da chi queste discriminazioni le vive direttamente. Ad esempio, un libro come "Belle di faccia" permette di leggere la grassofofia dalla prospettiva di chi è nella parte oppressa. Questo è qualcosa che non dobbiamo mai dimenticare.

Non è mio obiettivo qui rappresentare direttamente le discriminazioni: il mio compito è portarle alla consapevolezza e poi lasciare spazio e voce a chi ha scelto di raccontare la propria esperienza. Il mio focus sarà sulle implicazioni nella nostra professione di cura e su come renderlo uno spazio non prescrittivo e più inclusivo. Se dunque saremo brevi su alcuni aspetti socioculturali, è perché preferisco affidarne l'approfondimento a chi li ha vissuti e li racconta tramite romanzi, saggi, podcast, interventi pubblici. Noi li consideriamo qui come fondamenta su cui costruire lo sguardo clinico.

Con questa premessa, entriamo nel merito di grassofofia e ideale di bellezza. Sono concetti distinti, e questa differenza è rilevante quando ci troviamo ad affrontarli nello spazio di cura.

Grassofofia

Già il termine suggerisce il concetto: paura (e rifiuto) del grasso. La grassofofia è un sistema di oppressione che nasce dal pregiudizio e si manifesta attraverso stereotipi e discriminazioni nei confronti dei corpi grassi. Non parliamo solo di commenti spiacevoli o bullismo, ma di un'impostazione strutturale della società: nella medicina, nel lavoro, nei rapporti sociali, i corpi grassi sono spesso visti come "problemi" da correggere.

La grassofofia è alimentata dai media, dall'immaginario collettivo, ma anche da protocolli sanitari. Ad esempio: per accedere a una procreazione assistita, può essere richiesto il dimagrimento; oppure, in caso di malessere, il dimagrire diventa l'unica proposta terapeutica. Il corpo grasso viene costantemente visto come patologico.

Corpo grasso e indice di massa corporea (BMI)

Quando parliamo di corpo grasso, è utile distinguere tra due cornici: quella medica e quella sociale. In medicina, spesso si usa l'indice di massa corporea (BMI), che mette in rapporto peso e altezza e assegna etichette come normopeso, sovrappeso, obesità. Questo indice è problematico: non tiene conto della complessità individuale (massa muscolare, struttura ossea, ecc.), e riflette un modello capitalista, coloniale e grassofofico. Nato come "indice di Quetelet", era pensato per rappresentare l'ideale maschile occidentale del suo tempo.

Il BMI ignora la naturale variabilità dei corpi umani. Come qualsiasi caratteristica biologica, il peso segue una curva gaussiana: la maggior parte delle persone si concentra attorno a un valore medio, ma ci sono corpi naturalmente più magri e più grassi.

Il Fat Spectrum

In contesti più attenti alle dinamiche sociali, si parla di "fat spectrum", introdotto dai movimenti femministi. L'idea è che l'esperienza di una persona grassa varia in base al grado di grassofobia vissuta. Corpi "small fat" (cioè più vicini al normopeso) hanno esperienze differenti rispetto a corpi "infinite fat", che subiscono una discriminazione sociale estrema: difficoltà a trovare vestiti, sedersi in spazi pubblici, ricevere cure mediche adeguate.

Quindi, quando parliamo di "corpo grasso" in uno spazio non prescrittivo, intendiamo un corpo che vive discriminazioni sistemiche per la sua forma, non semplicemente un corpo distante dall'ideale estetico.

Gerarchia morale dei corpi

Il corpo magro è interiorizzato come buono, sano, disciplinato, desiderabile. Questo crea una gerarchia del valore umano basata sulla forma corporea: chi ha un corpo grasso non solo è discriminato, ma spesso viene ritenuto moralmente inferiore.

Ideale di bellezza

Diverso è il concetto di ideale di bellezza: un costrutto sociale che definisce in ogni epoca e cultura quale corpo è considerato "bello". Non riguarda solo la magrezza, ma anche forma, proporzioni, tratti. Essere lontani dall'ideale estetico può provocare disagio, ma non comporta automaticamente discriminazione strutturale, come accade per la grassofobia.

Una persona con corpo magro (secondo il fat spectrum), ma distante dall'ideale di bellezza, può sentirsi a disagio, ma non sperimenterà gli stessi ostacoli sociali e clinici di una persona con corpo grasso. Questo è cruciale da tenere a mente nel contesto terapeutico.

Implicazioni pratiche nello spazio di cura

Riconoscere la differenza tra grassofobia e ideale estetico ci permette di:

- validare esperienze soggettive senza appiattirle;
- comprendere le barriere sistemiche affrontate da chi ha un corpo grasso (come visite mediche traumatiche, difficoltà d'accesso, ritardi diagnostici);
- evitare di proporre percorsi terapeutici neutri che funzionano solo per corpi privilegiati;
- offrire uno spazio realmente accogliente, in cui ogni corpo sia rispettato e non patologizzato.

Intersezionalità

La grassofobia non agisce mai da sola: si intreccia con sessismo, razzismo, classismo. Una donna grassa subirà discriminazioni più intense di un uomo grasso. Una persona grassa e nera sarà ancora più svantaggiata, così come chi non ha risorse economiche per accedere a cure, cibo salutare o spazi sicuri.

Il ruolo della professione nutrizionale

Come professionista della nutrizione, operiamo in uno degli ambiti più sensibili rispetto a corpo e salute. Questo ci dà un grande potere, e una grande responsabilità: possiamo rinforzare la narrazione

dominante, o contribuire a cambiarla. Decostruire lo sguardo grassofobico incide sulle diagnosi (anoressia non riconosciuta in corpi grassi), sulla lettura dei sintomi, sull'accesso a cure adeguate.

Attenzione al paternalismo

Non dobbiamo cadere nell'errore di proteggere troppo la persona evitando il tema del corpo o del peso. Il rischio è sottrarre possibilità informative e preventive importanti. Come per una pelle chiara soggetta a melanoma, sapere che un corpo grasso comporta alcuni rischi specifici può portare a fare scelte tutelanti, se lo si desidera. Ma questa consapevolezza va offerta in un contesto non giudicante, rispettoso, accessibile.

Conclusione

Abbiamo esplorato:

- che cos'è la grassofobia e come si manifesta;
- la differenza tra grassofobia e ideale di bellezza;
- la definizione di corpo grasso secondo il fat spectrum;
- le implicazioni cliniche e sociali nei percorsi di cura;
- l'intersezionalità e il ruolo della professione nutrizionale.

C'è ancora molto da approfondire, e lo faremo nei casi clinici e nei moduli successivi. Per ora, lascia che queste riflessioni sedimentino, e come sempre, annota dubbi, intuizioni, finestre che si aprono: ci torneremo insieme.

1.4 Paternalismo e autodeterminazione

Parliamo di paternalismo e autodeterminazione, perché probabilmente sentirai spesso nominare entrambi, in particolare l'autodeterminazione. "Il paziente si deve autodeterminare", "la persona si deve autodeterminare", "una salute autodeterminata"... ma raramente si ha davvero l'occasione di entrare nel significato profondo di questa parola. Eppure non è vuota: ha ripercussioni pratiche su chi siamo e su come agiamo nello spazio di cura.

Per comprendere l'autodeterminazione, dobbiamo partire dall'altro lato della medaglia: il paternalismo. Il paternalismo si manifesta quando il professionista prende decisioni per il bene della persona assistita, credendo di sapere cosa sia meglio per lei. Probabilmente anche tu, prima o poi, hai avuto la sensazione di "vedere dall'alto" cosa sarebbe giusto fare per quella persona, anche se lei non ci riesce. Questo è paternalismo.

Un'altra forma di paternalismo è l'infantilizzazione della persona: considerarla come un bambino di 5 anni, incapace di scegliere o comprendere. Questo può tradursi nell'ipersemplificare concetti, senza valutare se la semplificazione sia necessaria o no. Magari hai davanti una persona molto colta, ma comunque le spieghi il diabete come se fosse una bambina. È umano, lo facciamo tutti. Ma anche questo è paternalismo.

Questo atteggiamento è molto diffuso nel mondo della cura, per diverse ragioni. Primo, la cultura medica è gerarchica e centrata sul professionista. Forse ricordi la sensazione di reverenza nell'entrare nello studio di un medico famoso. C'è una gerarchia implicita: il professionista sta "sopra", il paziente "sotto". Questo porta il paziente a sentirsi in soggezione, a vergognarsi, a faticare a raccontare la propria esperienza. Ne parleremo più a fondo quando affronteremo il tema del setting terapeutico.

Secondo, la salute è spesso associata a una questione morale: una persona sana è percepita come più di valore, più felice, più degna d'amore. Da qui nasce l'impulso, spesso inconsapevole, a "correggere" chi non si comporta in modo sano. Terzo, è spaventoso condividere la responsabilità nello spazio di cura. Non avere più un piano preconfezionato da dare, una direzione chiara da imporre, rende tutto più complesso.

Riconoscere il paternalismo non serve a sentirsi in colpa. Siamo persone nate e cresciute in questo contesto, e lo abbiamo assorbito. Ma è importante riconoscerlo per poterlo trasformare. Significa rompere l'illusione della scelta giusta imposta dall'alto. Anche proporre la mindfulness o l'ascolto della fame può diventare prescrittivo, se lo facciamo guidati dall'idea che sia la scelta giusta per l'altra persona.

Quando lavoriamo in un'ottica non prescrittiva, lo spazio di cura diventa un intreccio tra due esperienze: quella dello specialista, con i suoi strumenti e conoscenze, e quella della persona, unica esperta della propria esperienza. Il nostro compito non è portare la persona verso ciò che noi vediamo come giusto, ma accompagnarla nel definire e legittimare la propria scelta.

Un esempio: una persona dice di sentirsi stanca, affaticata. Potremmo pensare che muoversi di più la aiuterebbe. Ma magari, per lei, significherebbe sacrificare l'unico momento di riposo, aumentare lo stress, peggiorare le relazioni familiari e arrivare a mangiare per compensazione. Solo lei può sapere se quel movimento migliorerà davvero il suo benessere.

L'autodeterminazione, quindi, non è solo un valore etico, ma anche una risorsa terapeutica. Le persone hanno avuto pochissime occasioni di autodeterminarsi nei percorsi nutrizionali. Permettere loro di farlo rafforza consapevolezza, agency, capacità di cambiamento.

Attenzione, però: promuovere autodeterminazione non significa abbandonare la persona. Lo spazio di cura deve rimanere contenitivo, sicuro. Serve una presenza stabile che faccia da specchio, da contenitore. Anche quando la persona ci porta frasi che attivano le nostre reazioni ("non dovrei mangiare la pasta a cena"), possiamo partire da lì con domande, esplorazione, validazione.

Il nostro valore non sta nel dare soluzioni, ma nel creare uno spazio sicuro in cui co-costruire il percorso. Questo è faticoso, perché significa rinunciare al controllo. Ma quel bisogno di controllo è umano: nasce dal desiderio di fare del bene, di proteggere. Tuttavia, nello spazio di cura, quel controllo può ostacolare proprio ciò che desideriamo favorire: l'autodeterminazione.

Qui entra in gioco anche la dinamica di onnipotenza e impotenza. Sentirsi in dovere di risolvere tutto, e poi sentirsi impotenti quando non accade. Ma noi non siamo onnipotenti. Non possiamo salvare nessuno. Possiamo accompagnare, offrire strumenti, ma non controllare l'esito.

Quindi, per rendere lo spazio di cura realmente autodeterminato, dobbiamo:

- riconoscere il paternalismo in tutte le sue forme;
- lavorare su di noi per tollerare l'incertezza;
- restare presenti e solidali senza controllare;
- co-costruire percorsi rispettosi e legittimanti.

Segnate le domande, i casi, le scintille che emergono: ci torneremo insieme nei prossimi moduli.

1.5 Tema peso nella teoria

Nel lavorare sul tema del peso, è utile suddividerlo in due aree: una più teorica, in cui esploriamo il passaggio da una cura pesocentrica a una cura inclusiva rispetto al peso, e l'altra più pratica, che riguarda come muoverci come professionisti della nutrizione non prescrittiva nello spazio di cura.

Partiamo dalla parte teorica. La medicina tradizionale, come abbiamo visto, è fortemente pesocentrica: il peso viene posto al centro del processo di cura. A un certo punto, però, questo approccio è stato messo in discussione, inizialmente grazie a movimenti sociali. Può sembrare strano, ma è proprio la spinta sociale che ha spesso stimolato evoluzioni scientifiche.

La medicina, come ogni disciplina umana, è influenzata dai contesti culturali e sociali. Pensiamo alla medicina di genere: per secoli gli studi clinici sono stati condotti esclusivamente sugli uomini, finché i movimenti femministi non hanno sollevato dubbi, aprendo la strada a nuove consapevolezze scientifiche. Lo stesso è accaduto con il tema del peso.

Negli anni '60 e '70 nasce il movimento del "fat acceptance": persone grasse che chiedevano pari diritti, dignità e accesso ai servizi rispetto ai corpi magri. Da qui è iniziata una riflessione critica anche nella scienza: sono nati i "fat studies", studi che analizzano le discriminazioni verso i corpi grassi e come queste influenzino anche le pratiche sanitarie.

In questo contesto, nel 1995 nasce il protocollo dell'intuitive eating, una metodologia validata che integra il comportamento alimentare con le influenze psicosociali. Nel 2002 viene introdotto anche il concetto di "Health at Every Size" (HAES), che non afferma che tutti i corpi siano automaticamente sani, ma sostiene il diritto alla salute per ogni corpo, indipendentemente dalla forma o dimensione.

Queste riflessioni hanno evidenziato le criticità dell'approccio pesocentrico e aperto la strada a un modello più inclusivo. Per decostruire la narrativa centrata sul peso, sia in noi come professionisti che nelle pazienti, possiamo partire da alcune convinzioni molto radicate ma non supportate dalla scienza:

1. Il peso è controllabile e la sua modifica è sostenibile.

La ricerca mostra che, nella maggior parte dei casi, la perdita di peso non è sostenibile a lungo termine. Le diete tendono a fallire e a innescare il cosiddetto "effetto yo-yo" (weight cycling): ogni volta che il peso perso viene riacquistato, tende ad aumentare rispetto al punto di partenza.

Studi indicano che oltre l'80% (alcuni stimano fino al 95%) delle persone riprende il peso perso entro due anni. Una ricerca del 2015 su 200.000 persone con diagnosi di obesità ha mostrato che solo un ottavo è riuscito a mantenere una riduzione del 5% del peso corporeo. Inoltre, molti studi presentano alti tassi di abbandono, poiché le condizioni richieste (alimentazione, attività fisica) sono insostenibili nel tempo.

2. Il peso è causa diretta di molte patologie.

La relazione tra peso e salute è complessa. Gli studi mostrano che l'intervallo di BMI più protettivo per molte malattie si colloca tra 25 e 30, cioè nella fascia del sovrappeso. La correlazione tra peso elevato e patologie non è necessariamente causale: vivere in un corpo grasso significa spesso affrontare stigma, cicli di diete, ritardi diagnostici, minore accesso alle cure, difficoltà economiche. Tutti questi fattori sono noti elementi di rischio.

3. La dieta è una pratica sicura e salutare.

Diverse ricerche mostrano che la restrizione calorica o cognitiva induce reazioni di allarme del corpo: aumento della fame, riduzione della sazietà, maggiore pensiero ossessivo sul cibo, peggioramento dell'immagine corporea. Questi effetti rendono la modifica del peso non solo insostenibile, ma anche potenzialmente dannosa.

Effetti fisici documentati includono aumento del rischio di osteoporosi, diabete di tipo 2, infiammazioni croniche, disturbi metabolici. Effetti psicologici comprendono ansia, depressione, riduzione dell'autostima e maggiore rischio di sviluppare disturbi del comportamento alimentare. Una dieta durante l'adolescenza aumenta di 7 volte il rischio di DCA.

Ogni corpo ha un proprio peso naturale, un range di equilibrio che non si può calcolare con formule. Quando cerchiamo di modificare questo equilibrio attraverso il controllo del cibo, il corpo si difende, attivando meccanismi che ostacolano e rendono nocivo il cambiamento.

Conclusione

Alla luce di questi dati, è evidente che l'approccio non prescrittivo non è una scelta ideologica, ma una decisione fondata sulla scienza. Scegliamo di non lavorare sul controllo del peso non per ideologia, ma perché è una pratica inefficace e potenzialmente dannosa. Lasciamo ora sedimentare questi concetti e ci prepariamo ad affrontare la parte più pratica del tema peso.

1.6 Tema peso nella pratica

Ora parliamo un attimo del peso nella pratica clinica. Se non mettiamo il peso come obiettivo terapeutico, se non lo consideriamo un fattore modificabile, cosa ne facciamo? Come abbiamo visto nella tabella delle fasi di passaggio d'approccio, in un approccio prescrittivo e centrato sul peso, quest'ultimo è visto come un problema clinico da gestire. Quando iniziamo a muoverci verso un approccio flessibile, il peso è considerato solo in parte: cerchiamo di non attirare troppo l'attenzione della paziente su di esso, ma permane una certa ambivalenza. Si dice che il peso non è importante, ma lo si rileva comunque. Si afferma che non ci dice come sta andando l'alimentazione, ma lo si monitora nei controlli.

In un approccio inclusivo e non prescrittivo, invece, il peso non è un fattore da modificare, per tutti i motivi teorici già affrontati. Ma quindi, cosa se ne fa quando per la persona il tema peso esiste?

Premessa importante: affrontare il tema del peso in uno spazio di cura non prescrittivo può essere sfidante. Primo, perché richiede una profonda decostruzione personale; secondo, perché rispetto ad altri strumenti (come l'educazione nutrizionale) ci muoviamo in un terreno nuovo; terzo, perché il tema è emotivamente molto attivante per le pazienti.

Prenditi tutto il tempo per far sedimentare questi concetti. Porta i casi clinici negli spazi di confronto, lavoriamoci insieme. Ti assicuro che, superata una certa fase iniziale, il tema del peso smette di essere uno degli aspetti più complessi da gestire.

Immaginiamo che arrivi una persona che esprime, tra le altre cose, il desiderio di dimagrire. Cosa facciamo, se siamo in uno spazio non prescrittivo? Se stai lavorando in modo flessibile va benissimo, ma vediamo come compiere un ulteriore passo.

Partiamo da un dato: gli studi mostrano che fino al 90% della popolazione vive con un disagio più o meno intenso legato al proprio corpo. La probabilità che una persona porti con sé questo tema è quindi altissima. E per noi, anche se la relazione con il corpo è ambito psicologico, diventa rilevante perché il cibo e il corpo sono fortemente connessi. Le scelte alimentari sono spesso influenzate dal corpo e dal peso.

Quindi cosa fare se una persona esprime il desiderio di dimagrire? Innanzitutto, legittimare. È un desiderio legittimo crescere in una società che glorifica la magrezza. Tutti, in misura diversa, possiamo sentirlo. Legittimare questo desiderio non significa escludere la possibilità di lavorare insieme in un percorso non prescrittivo.

Dobbiamo però distinguere tra desiderio e obiettivo terapeutico. Una persona può desiderare di essere ricca, ma questo non significa che il denaro sia il suo criterio principale nelle scelte di vita. Allo stesso modo, si può desiderare di dimagrire, ma scegliere di non farne un obiettivo centrale.

Noi possiamo lavorare con un desiderio di dimagrimento, ma non possiamo costruire un percorso sul dimagrimento come obiettivo. Questo comporterebbe manipolare il peso, attivando meccanismi di allarme corporei, aumentati rischi per la salute e difficoltà nella relazione con il cibo.

A questo punto possiamo porci alcune domande:

1. Per la persona, è un desiderio o un obiettivo terapeutico?
2. Esistono altri obiettivi terapeutici condivisibili?

3. Anche se il dimagrimento è un obiettivo, c'è spazio per un lavoro insieme nell'ambivalenza?

Molte persone arrivano dicendo "vorrei dimagrire, ma non voglio più fare diete". Hanno già intuito che non vogliono seguire un percorso prescrittivo, ma non sanno ancora come gestire quel desiderio che preme.

Quando il desiderio di dimagrire è legato a promesse che il mondo attribuisce ai corpi magri (salute, amore, successo), spesso non c'è piena consapevolezza del funzionamento reale del peso e del corpo. Il nostro compito, allora, è esplorare l'ambivalenza: vedere se c'è spazio per iniziare comunque a lavorare.

Dobbiamo spiegare, con chiarezza ma anche accoglienza, perché non possiamo lavorare sul dimagrimento come obiettivo. In base a quanto la paziente è consapevole del tema, possiamo modulare il modo in cui ne parliamo. Ma dobbiamo parlarne. Altrimenti, quel desiderio continuerà a riemergere, interferendo con il lavoro terapeutico.

Tenere la "torcia" puntata sulla persona è fondamentale. Quando una paziente ci dice "voglio dimagrire" o "mi serve un piano", ci sta parlando di sé, non sta mettendo in discussione il nostro approccio. Ci racconta i suoi bisogni, le sue paure, i suoi riferimenti culturali. Da lì partiamo, verbalizziamo, legittimiamo e lavoriamo insieme.

Durante il percorso, il tema del peso potrà riemergere. Noi, come professionisti nutrizionali, non ricostruiamo il rapporto con il corpo, ma lavoriamo sul cibo. I nostri obiettivi interni saranno:

- Slegare le scelte alimentari dalla forma del corpo;
- Portare consapevolezza rispetto alle narrazioni sociali e personali sul corpo;
- Aggiungere complessità: introdurre gradualmente il concetto di immagine corporea ed embodiment.

Come farlo?

- Osservazione e esperienza: aiutiamo la persona a riconoscere i momenti in cui il legame cibo-corpo si attiva (es. "non mangio perché ho un corpo grasso").
- Decostruzione: esplorare le narrazioni interiorizzate dalla famiglia, dalla scuola, dalla società (es. "mia madre diceva che non potevo mangiare la torta se ero ingrassata").
- Psicoeducazione: fornire nuove chiavi di lettura, parlando di peso naturale, set point, weight cycling, ecc.

Concludendo: ci troveremo spesso a condividere lo spazio di cura con desideri di dimagrimento. È legittimo e non esclude il lavoro insieme. Possiamo accoglierlo, capire se è un desiderio o un obiettivo, valutare se esistono altri obiettivi o margini di ambivalenza. Dobbiamo spiegare chiaramente, ma con accoglienza, perché non possiamo lavorare per la perdita di peso. E poi, durante il percorso, slegare il cibo dal corpo, togliere la colpa e introdurre complessità.

Quando introdurremo l'intuitive eating, vedremo come alcuni dei suoi principi ci aiutano proprio in questa direzione.