

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI AGRONOMIA, ALIMENTI, RISORSE NATURALI E
AMBIENTE

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E CULTURA DELLA GASTRONOMIA
Presidente: Professore Tagliapietra Franco

**Corso di Cultura e Cucina: un possibile sostegno per
persone affette da Disturbi della Nutrizione e
dell'Alimentazione e relativi caregivers**

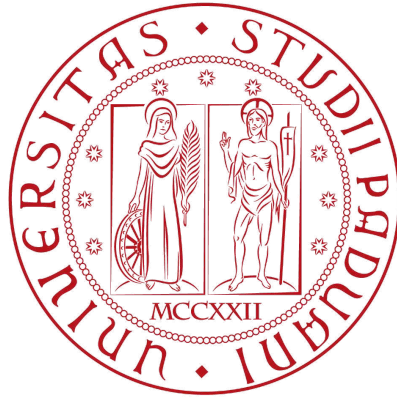
Relatore

Prof. Agostinetti Luca

Laureando Gasperin Dario

Matricola n. 2006597

Anno accademico 2022-2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI AGRONOMIA, ALIMENTI, RISORSE NATURALI E
AMBIENTE

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E CULTURA DELLA GASTRONOMIA
Presidente: Professore Tagliapietra Franco

**Corso di Cultura e Cucina: un possibile sostegno per
persone affette da Disturbi della Nutrizione e
dell'Alimentazione e relativi caregivers**

Relatore

Prof. Agostinetti Luca

Laureando Gasperin Dario

Matricola n. 2006597

Anno accademico 2022-2023

Sommario

Abstract	1
1. Una breve introduzione	1
1.1 Definizioni	1
1.2 Meccanismi di base	2
1.3 Terapie disponibili	3
1.4 Culinary Medicine	4
1.5 Le difficoltà principali nel trattamento	5
2. Fase preliminare del Corso di Cultura e Cucina	7
2.1 Le premesse teoriche per il corso	7
2.1.1 Perché? Una specificazione personale	8
2.2 Breve accenno al Modello in Pedagogia	9
2.3 Disposizioni: un primo passo per la definizione del progetto pedagogico	11
2.3.1 Il Gruppo dei Pazienti	11
2.3.2 Il Gruppo caregivers	11
2.3.3 Modello disposizionale finale	12
2.4 Finalità-Obiettivi-Attività Chiave: definire il progetto educativo.	13
2.4.1 Esempio di modello	14
2.5 Sessioni	19
3. Fase pratica del Corso di Cultura e Cucina	20
3.1 Presupposti pratici per attuare il progetto	20
3.1.1 Costi	21
3.2 Creare l'equipe	21
3.3 Invio del materiale preliminare	22
3.4 Elementi comuni a tutte le lezioni	23
3.4.1 Perché usare questi elementi?	23
3.4.2 La «Dichiarazione di Intenti e Patto sociale»	24
4. Struttura del Corso in Dettaglio	26
4.1 Struttura generale della lezione	26
4.2 Il Corso di Cultura e Cucina: Un esempio strutturato	27
5. Conclusioni e riflessioni personali	42
Bibliografia	45
Sitografia	51
Allegato 1 – Criteri diagnostici per i DAN, DSM-V	52
Allegato 2 – Estratto dall'articolo Cost Analysis of Developing, Implementing, and Evaluating a Multi-Disciplinary Teaching Kitchen.	62
Allegato 3 - Esempio di Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale	63

Abstract

L'influenza della cucina, implementata alla scienza e alla medicina sotto forma di interventi di «culinary medicine», è in questi anni al vaglio dei ricercatori; se ne studiano gli effetti in relazione a varie fasce di popolazione e in relazione a diverse dismetabolie come obesità e diabete. Inoltre si cerca una metodologia comune per strutturare e gestire i corsi, con l'obiettivo finale di educare i pazienti ad una sana e corretta alimentazione.

Tale strumento però non è stato ancora adeguatamente studiato in relazione ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DAN): in questa tesi si desidera proporre un prototipo di corso a carattere socio-educativo, denominato «Corso di Cultura e Cucina», che utilizzi elementi già conosciuti di «lifestyle medicine» insieme ad alcune novità in questo campo, come l'uso interattivo della cultura enogastronomica, sessioni laboratoriali sul gusto e sulle emozioni, e momenti di roleplay ed elaborazione personale, in una struttura basilare scientificamente validabile tramite il Modello in Pedagogia ed adattabile successivamente secondo le disposizioni e le esigenze dei corsisti.

La conduzione è sostenuta da un'equipe multidisciplinare, che intende rivolgersi alle due categorie che più necessitano di un sostegno quando si parla di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: i pazienti e le persone con cui si relazionano quotidianamente, come ad esempio i loro genitori, fidanzati e migliori amici, che di seguito definiremo come caregivers.

Tale progetto si presenta come un intervento socio-educativo pensato per i DAN, ma potrebbe essere sicuramente utilizzato anche in casi meno complessi, trasformandosi in un corso informativo per dare alle persone gli strumenti per fare scelte consapevoli in relazione alla propria alimentazione.

1. Una breve introduzione

1.1 Definizioni

Il DSM-V [American Psychological Association, APA, 2013], manuale diagnostico di riferimento per psicologi e psichiatri, raggruppa in una categoria unica chiamata «disturbi della nutrizione e dell'alimentazione» (DAN) i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, e ne fornisce la seguente definizione:

«I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale». [APA, 2013]

Il DSM-V definisce i differenti Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e li classifica secondo le seguenti categorie:

- Pica
- Disturbo di ruminazione
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo
- Anoressia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BN)
- Disturbo da alimentazione incontrollata (BED)
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

[Allegato 1: Criteri diagnostici per i DAN, DSM-V]

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione risultano problematici sotto differenti punti di vista:

- I trattamenti per il recupero dei pazienti sono molto specifici, non facilmente intercambiabili e di efficacia variabile [Monteleone et al. 2022; Himmerich et al., 2023].
- I caregivers non hanno sufficienti conoscenze e competenze per affrontare il problema che colpisce un loro caro, o ne diventano un fattore di mantenimento [Stice E., 2002].
- La natura multifattoriale dei DAN stessi, che richiede interventi complessi e multidisciplinari, complica ulteriormente la ricerca e il trattamento.

1.2 Meccanismi di base

I meccanismi di fondo di queste psicopatologie non sono del tutto chiari e ancora in fase di studio, ma si possono categorizzare le varie concause in elementi neurobiologici, epigenetici, psicologici e socioculturali [Culbert et al., 2015].

Dal punto di vista neurobiologico una possibile spiegazione si può trovare in un non corretto funzionamento del complesso sistema che regola l'appetito [Treasure et al., 2012, Kaye et al., 2011]. Lo stimolo a nutrirsi non è riducibile ad un meccanismo che trasforma, in modo binario, i bisogni metabolici in sensazioni, ma è una complessa interazione tra più livelli del cervello umano:

1. Il sistema omeostatico, che risiede nell'ipotalamo e nel tronco encefalico, integra marker metabolici come insulina, leptina, neuropeptide Y e orexina con le informazioni provenienti dal tratto gastrointestinale e ne restituisce come output sensazioni quali fame e sazietà;
2. Il sistema motivazionale, o edonistico, che risiede nel sistema mesolimbico e nello striato, riceve input dagli organi di senso e dall'ippocampo tramite neurotrasmettitori come dopamina, cannabinoidi e oppioidi endogeni, e restituisce sensazioni legate al piacere e al desiderio di mangiare;
3. Il sistema di autoregolazione nella corteccia prefrontale, tramite trasmettitori come GABA, 5HT (serotonina) e glutammato, integra le informazioni dei due sistemi sopra citati, valuta ed elabora un sistema di valori ed obiettivi più ampio [Shin et al., 2009].

Questo suggerisce che anomalie nel sistema omeostatico possono esser causa di un minor appetito o difficoltà nella sua inibizione, mentre disfunzioni del sistema edonistico possono sensibilizzare ulteriormente al piacere collegato all'atto di nutrirsi e la susseguente sovrascrizione del controllo cognitivo, causando le oscillazioni tipiche del comportamento abbuffata-digiuno [Treasure et al., 2012]. Recenti ricerche hanno analizzato le risposte cerebrali misurate tramite PET (Tomografia a Emissione di Positroni) e hanno osservato una diversa struttura cerebrale di chi soffre di questi disturbi, o ne ha sofferto in passato, rispetto a chi è sano; l'incrementata connessione della materia bianca tra la corteccia orbitofrontale e il lobo dell'insula suggeriscono un'alterazione del processo di percezione del gusto [Bulik et al., 2022].

Fattori psicologici tipici e riscontrabili nei DAN sono la percezione distorta e un elevato grado di insoddisfazione per il proprio corpo, l'impulsività, la ricerca continua della novità, il perfezionismo, l'emotività negativa e, conseguentemente, una bassa autostima [Lilenfeld et al. 2006; Stice 2002; Anderluh et al. 2003; Fairburn et al. 1999]. Si possono riscontrare anche fattori socio-culturali come

la continua ricerca della magrezza e di alcuni modelli di consumo, dei fattori ambientali come gli eventi passati di abuso, famiglie disfunzionali e comportamenti problematici non corretti in età infantile [Mangweth et al. 2005], e fattori epigenetici che possono concorrere allo sviluppo di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione [Culbert et al., 2009].

1.3 Terapie disponibili

Parlando di Trattamento dei DAN è necessario sottolineare che attualmente molte terapie non hanno sufficienti dati significativi a loro supporto e che i ricercatori evidenziano la necessità di ulteriori studi in materia. È da far notare, inoltre, la natura multidisciplinare delle terapie tuttora in uso e il loro scopo primario, cioè il rientro nella norma dei dati antropometrici come il BMI e il cambiamento degli atteggiamenti disfunzionali della persona [Monteleone et al. 2022].

Attualmente è possibile differenziare le terapie utilizzate nelle seguenti categorie:

- Family-Based Treatment (FBT) e sue variazioni
- Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E) e sue variazioni
- Terapie farmacologiche
- Psicoterapie a lungo termine (treatment as usual, TAU)
- Altre terapie

Le terapie FBT integrano un insieme di procedure di varie scuole di psicoterapia, come la terapia familiare sistemica, strategica, narrativa e strutturale, e sono utilizzate specialmente per i pazienti di fascia adolescenziale in quanto il controllo della terapia viene affidato ai genitori del paziente [Dalle Grave et al., 2021].

La CBT-E è un trattamento psicologico altamente individualizzato, ideato per curare tutti i disturbi dell'alimentazione affrontando i meccanismi cognitivo-comportamentali di mantenimento della psicopatologia [Dalle Grave et al., 2021; Murphy et al., 2010].

Le terapie farmacologiche disponibili sono molteplici, ma altamente specifiche e dai risultati a volte contraddittori a seconda del DAN a cui si fa riferimento; ad esempio, le terapie a base di fluoxetina, un farmaco antidepressivo appartenente alla classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, sono efficaci nel trattamento della BN, ma non raccomandati per AN. All'interno della stessa revisione scientifica sono presenti anche altri studi, dove si studiano gli effetti di antipsicotici tipici e atipici, come olanzapina, quetiapina e aripiprazolo, ma i risultati

riscontrati sono deboli, e talvolta negativi, evidenziando piuttosto delle raccomandazioni che ne sconsigliano l'uso [Himmerich et al., 2023].

Altre terapie utilizzate sono quelle di esposizione per la diminuzione dei comportamenti difensivi e dell'insorgenza di reazioni emotive negative di fronte al cibo [Butler & Heimberg, 2020], oltre a terapie sperimentali come quelle di orticoltura [Curzio et al., 2022] o di narrative therapy [Santos et al., 2023]. Esistono anche terapie estremamente specifiche per un solo disturbo, come il Mausley Anorexia Nervosa Treatment for Adult (MANTRA) [Schmidt et al., 2014]; spesso si ricorre anche a spazi di auto-aiuto realizzati con il proprio psicoterapeuta, o cene virtuali condivise e laboratori teatrali, creati da gruppi di volontari come l'Associazione no-profit Animenta.

1.4 Culinary Medicine

I termini «Culinary Medicine» e «Culinary nutrition education» si riferiscono alla fusione tra medicina e arte culinaria, con l'obiettivo di educare ed informare le persone, attraverso la manipolazione del cibo, verso scelte nutrizionalmente più adeguate alla propria condizione fisica, prevenendo potenzialmente alcune patologie croniche [La Puma, 2016].

La «culinary medicine» rientra tutt'oggi in una categoria più ampia chiamata «lifestyle medicine», definita dall'American College of Lifestyle Medicine come *«l'uso di prodotti integrali, una dieta a prevalenza di alimenti di origine vegetale, attività fisica regolare, sonno ristoratore, gestione dello stress, evitamento dell'assunzione delle sostanze a rischio e connessioni sociali positive come modalità primaria terapeutica per il trattamento e l'inversione delle malattie croniche»* [Shehata e Thurston, 2020].

Purtroppo, non esiste ancora un consenso generale riguardo agli obiettivi educativi, alle aree curriculari di interesse e alla gestione dello staff riguardanti corsi di «culinary medicine», ma solo differenti proposte [Polak et al 2016].

L'efficacia dei corsi pratici di cucina è stato oggetto di alcune ricerche scientifiche che hanno analizzato principalmente la possibile variazione dei dati antropometrici e gli effetti psicosociali che si esprimono in differenti campioni statistici, come bambini di età scolare [Hersch et al., 2014], studenti della fascia d'età 18-25 anni [Mathias et al., 2021], adulti [Reicks et al., 2018] e anche pazienti affetti da gravi patologie mentali [Clark et al., 2015].

Codesti studi, insieme ad altre revisioni sistematiche [Farmer et al. 2018; Hasan et al., 2019], oltre a concordare sulla necessità di proseguire la ricerca sull'argomento, evidenziano un certo

grado di efficacia relativa al miglioramento di alcuni atteggiamenti e comportamenti della popolazione, come il cambiamento della dieta verso un'alimentazione più sana e lo sviluppo di un interesse maggiore riguardo alla nutrizione; mentre la variazione dei dati antropometrici come BMI o pressione sanguigna non è significativa dal punto di vista statistico.

Secondo uno studio di Hill et al. [2007], che propone ed analizza le risposte di un questionario di alcuni pazienti ustionati relativamente ai benefici comunemente attribuiti alle lezioni di cucina, emerge che l'attività culinaria combinata alla socializzazione diminuisce l'ansia associata alla possibilità di ustionarsi nuovamente e genera un ambiente supportivo tra i convalescenti.

1.5 Le difficoltà principali nel trattamento

In letteratura sono riportate numerose difficoltà nel trattamento di queste psicopatologie. Si possono riassumere le principali:

- Il ritardo nell'arruolamento dei pazienti, che può avvenire a diversi anni di distanza dall'insorgenza del disturbo [Kaplan A. e Garfinkel P., 1999; Mahon J., 2000]
- gli atteggiamenti avversivi e non collaboranti dei pazienti nei confronti del personale clinico [Kaplan A. e Garfinkel P., 1999]
- l'interazione esistente e imprescindibile con l'ambiente familiare e socioculturale [Papathomas A. et al, 2015; Holtom-Viesel A. e Allan S., 2014]
- la complessità della patologia e di tutti i suoi aspetti, non sempre pienamente compresi.

In ogni tipologia di terapia si evidenziano ulteriori diverse problematiche: la FBT deresponsabilizza il paziente, in quanto non gli viene lasciato alcun controllo, assunto invece dai genitori; questi ultimi, spesso, non sono adeguatamente informati e addestrati, risultando quindi un possibile ostacolo [Dalle Grave et al, 2021]. La CBT prevede una certa consapevolezza della patologia da parte del paziente e quindi rischia di non essere efficace se quest'ultimo fosse oppositivo alla terapia o fosse in uno stadio di pre-contemplazione, secondo il Modello del Cambiamento di Prochaska e DiClemente [1989]. Le terapie farmacologiche devono essere assunte con regolarità e calibrate a dovere in base alle caratteristiche antropometriche della persona.

Ogni DAN risponde in modi estremamente differenti alle varie tipologie di terapia adottata e se ne possono riportare vari esempi al riguardo. Le terapie FBT sono le uniche supportate da alcuni dati rispetto ad altre terapie, in relazione al tasso di remissione e al guadagno di peso dei pazienti affetti da anoressia nervosa. Nella bulimia nervosa, la CBT individuale surclassa in efficacia altre

terapie, mentre trattamenti farmacologici a base di antidepressivi triciclici (TCA) come la fluoxetina sono i più efficaci per la modifica dei comportamenti. Nel BED, la psicoterapia generica (TAU) risulta più efficace riguardo il controllo attivo della psicopatologia, ma molto meno rispetto al controllo del peso, mentre i trattamenti cognitivo-comportamentali hanno risultati diametralmente opposti rispetto alla TAU [Monteleone et al., 2022].

Da parte dei terapisti, emergono problemi di interazione con i pazienti stessi, che possono manifestare comportamenti avversi verso il professionista e la terapia stessa, come ad esempio il confronto del proprio corpo con quello del terapeuta. Un'altra difficoltà che si riscontra da parte degli psicoterapeuti è l'eccessivo carico di lavoro e l'assenza di un supporto esterno per fronteggiare lo stress. Anche la ridotta esperienza di alcuni terapisti nel trattamento dei DAN emerge come problematica [Kaplan A. e Garfinkel P., 1999].

L'utilizzo da parte del personale clinico di un approccio misto, che non aderisce completamente agli attuali protocolli medici presenti avvia un dibattito che vede da una parte l'avere un protocollo medico riproducibile e scientificamente provato, dall'altra un metodo efficace e applicabile alle complesse condizioni che la realtà quotidiana impone. Questo dibattito emerge dalla necessità di raccogliere il maggior numero di dati clinici e di standardizzarli per ottenere studi che si possano confrontare tra loro [Waller G., 2016].

2. Fase preliminare del Corso di Cultura e Cucina

2.1 Le premesse teoriche per il corso

Riassumendo, i DAN sono disturbi complessi che possono essere risolti con terapie altrettanto complesse, di lunga durata e dal taglio multidisciplinare: attualmente si continuano a studiare e sperimentare nuove differenti tipologie di terapie multidisciplinari per i DAN, basandosi su elementi anche lontani logicamente tra loro.

La diagnosi di un Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione spesso si associa ad altre patologie psichiatriche, come depressione, disturbi d'ansia e atteggiamenti ambivalenti. Questo porta spesso il paziente stesso ad isolarsi o ad essere isolato dal tessuto sociale, complicando ulteriormente il percorso di cura [Lilenfeld et al. 2006; Stice E., 2002; Anderluh et al. 2003; Siracusano et al.,2003; Fairburn et al. 1999].

La mancanza di informazioni possedute da parte dei membri della famiglia, relative ai DAN, non permette loro di comprendere e di rispondere efficacemente ai bisogni effettivi del paziente, sfociando quindi in possibili comportamenti controproducenti, quali eccessive risposte emotive, controllo e colpevolizzazione di una delle parti. Sovente, il cattivo rapporto tra paziente e caregivers è uno dei fattori di mantenimento del disturbo [Stice E., 2002].

La società spinge su ideali di bellezza e modelli di consumo non salutari, confondendo ed influenzando negativamente la collettività, a volte confermando alcuni comportamenti alimentari che si possono sviluppare, come l'ortoressia [Vasile D. & Vasiliu O., 2022; Goutaudier N. & Rousseau A., 2019].

L'efficacia degli interventi di cucina, che si parli di salute pubblica, di semplice miglioramento della dieta personale o dell'atteggiamento verso il cibo, è facilmente riscontrabile, almeno per quanto riguarda gli elementi psicologici e sociali [Farmer et al. 2018].

Verrà presentato quindi il corso di «Cultura e Cucina», un tout-court all'interno del mondo gastronomico, strutturato secondo il Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986] [Dalle Fratte, 1983] e prendendo spunto da alcuni principi e costruzioni tipiche degli interventi di culinary medicine, insieme ad alcune caratteristiche del mondo ludico e alle strategie di cambiamento comportamentale, in modo che possa:

1. essere un sostegno per chi soffre di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e dismetaboliche come obesità e diabete,

2. essere uno strumento informativo e formativo per i caregivers,
3. essere un ambiente sicuro e normato, di crescita e condivisione tra pazienti, caregivers e i professionisti del settore.

Il Corso vuole rivolgersi a due gruppi distinti in contemporanea: i pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e ai caregivers.

Tale strumento, proposto per situazioni complesse che richiedono un supporto medico, può essere semplificato in alcune sue dinamiche ed essere utilizzato per far riscoprire alla popolazione generale le tematiche del cibo e della socialità a tavola, attraverso la stimolazione della curiosità, l'accrescimento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze relative alla cucina.

2.1.1 Perché? Una specificazione personale

Lo scopo primario, in quanto studente di Scienze e Cultura della Gastronomia, è di poter presentare un prototipo progettuale che ritengo possa essere funzionale nell'educazione di pazienti DAN e caregivers, e quindi dimostrare l'enorme utilità che l'enogastronomia può avere in ambito clinico, affrontando temi relativi al cibo che esulano dalla valenza terapeutica dell'alimentazione. Mi è necessario quindi operare in modo semplificato rispetto alla strutturazione completa di un progetto socio-educativo, in quanto le strutture fisiche, il personale educatore e i gruppi di partecipanti non esistono al momento attuale.

Procedo quindi facendo alcune assunzioni, ipotizzate in questa sede, che restituirebbero come risultato alcune strutture pronte, ma non complete, in modo da fornire una guida per una futura attuazione del corso.

- Le terapie già esistenti potrebbero beneficiare di un contemporaneo intervento che permetta, attraverso l'ambito gastronomico, di affrontare sotto un aspetto quasi ludico il rapporto della persona con il cibo e con la collettività, alleggerendo ed alleviando il possibile carico di stress che tutti i gruppi coinvolti devono affrontare.
- Le competenze relazionali ed emozionali che si desidera potenziare tramite il corso di Cultura e Cucina sono trasversali per tutti e l'acquisizione di queste competenze può aiutare il paziente e i loro caregivers ad un approccio più consapevole verso il delicato rapporto con il cibo.
- L'enogastronomia è un ambito molto ampio e nella sua grande vastità trovare almeno una fonte di interesse per il paziente dovrebbe essere logicamente semplice. Inoltre le nuove

conoscenze che si acquisiscono permettono di scoprire nuovi stimoli utili per fornire una sufficiente motivazione intrinseca per mantenere una buona compliance al percorso.

- L'opportunità di condividere argomenti ed esperienze comuni tra pazienti e caregivers può essere motivo per riallacciare una possibile relazione non sana o rinforzarne una debole.
- Ritengo necessario distribuire il peso della terapia su più componenti, secondo l'assunto che *«Il gruppo è qualcosa di più, o, meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri»* [K. Lewin, 1951]; il gruppo di persone così creato può rimanere unito anche successivamente al termine del percorso, continuando ad essere luogo di condivisione e supporto.
- I caregivers non devono solo sviluppare conoscenze e competenze per gestire il paziente, ma avere un sufficiente grado di comprensione dei DAN ed essere empatici verso i loro cari che affrontano tali disturbi: all'interno della stessa struttura, il gruppo dei pazienti e quello dei caregivers possono aver modo di interagire tra loro in modo guidato e sicuro, col supporto dell'equipe di educatori.
- Potrebbe essere possibile, in futuro, tramite un'ulteriore elaborazione di questo progetto, sviluppare un vero e proprio intervento psicoterapeutico.

2.2 Breve accenno al Modello in Pedagogia

Sottolineando lo scopo socio-educativo di questo corso risulta importante evidenziare la necessità di una progettualità studiata e rigorosa, per evitare di ridurre una «azione educativa» in un «evento educativo». A tale scopo si fa riferimento al Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986] proposto da G. Dalle Fratte (1986) che permette di sviluppare un progetto strutturato, sia dal punto di vista pedagogico, sia dal punto di vista educativo, mettendo al centro dell'azione educativa le disposizioni effettive dei corsisti e non gli obiettivi che vengono imposti loro: il modello permette, in sostanza, di seguire una logica efficace, che parte dalla persona stessa e dalla sua Teoria semantica, che lo definisce, passando per le sue disposizioni, che saranno tradotte come Finalità per l'educatore, arrivando quindi ad elaborare Obiettivi, e infine, le Attività chiave, che dovrebbero spingere, procedendo inversamente, al conseguimento di Obiettivi e Finalità. Il modello, inoltre, prevede un processo di falsificazione, che permette di apportare le dovute correzioni in corso d'opera e successivamente, chiudendo un circuito logico definito FOA (Finalità-Obiettivi-Attività).

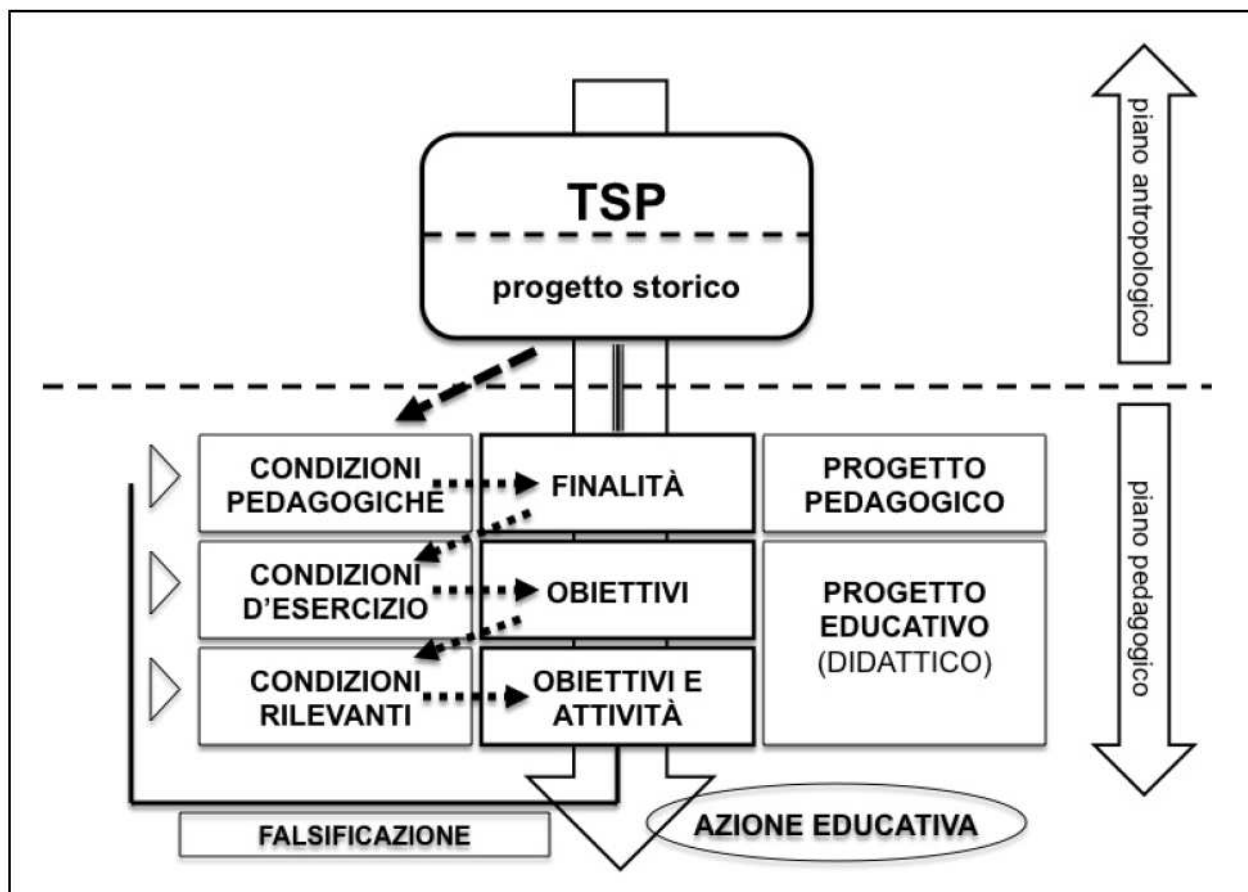


Fig.1 - Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986], tratto da «Educare» di Agostinetto L.

Nel nostro caso specifico, il processo di falsificazione sarà fondamentale per andare a variare di volta in volta gli argomenti e le attività per ottenere la massima efficacia nel conseguimento degli obiettivi: vista la vastità del campo enogastronomico e del tempo limitato a disposizione, sarà necessario adattare il corso ai differenti gruppi in modo responsivo e relativamente rapido.

Si intende somministrare a metà corso e anche al termine un questionario [Barton et al., 2011], in modo da avere un feedback strutturato e standardizzato, oltre a quello orale dato dai corsisti, utilizzabile per affinare ulteriormente il corso.

2.3 Disposizioni: un primo passo per la definizione del progetto pedagogico

L'utenza che fruirà del corso è composta da due categorie dai bisogni differenti, i pazienti e i loro rispettivi caregiver, che per loro caratteristiche considereremo come due gruppi distinti.

2.3.1 Il Gruppo dei Pazienti

Riguardo ai pazienti, come introdotto precedentemente, la stessa strategia terapeutica può produrre effetti contrapposti in patologie differenti; non è quindi possibile creare un corso univoco e universale.

Risulta quindi fondamentale la partecipazione del medico psicoterapeuta alla compilazione delle disposizioni personali di ogni paziente, secondo il modello illustrato e organizzato nel successivo capitolo, per poi selezionare i pazienti idonei al percorso proposto.

I gruppi saranno costruiti tenendo conto delle patologie e dello stadio del cambiamento attuale del paziente, per evitare conseguenze negative sul percorso di cura; si cercherà di riunire simili patologie, di non mescolarle e di fare in modo che la maggioranza delle disposizioni personali si manifesti nel gruppo dei pazienti. La scelta successiva di obiettivi ed attività sarà fatta basandosi sulle disposizioni in comune, ed aggiornata in base all'interesse che verrà espresso in corso d'opera e secondo il giudizio del medico psicoterapeuta e del dietista.

2.3.2 Il Gruppo caregivers

Nel pensare alla composizione del gruppo si deve considerare anche la presenza di «altri significativi» per il paziente, solitamente i genitori o amici fidati: sono normalmente i responsabili (parlando di minorenni) o comunque altamente coinvolti nel processo di riabilitazione nutrizionale, e purtroppo risulta che non sono normalmente preparati alle difficoltà del paziente [Dalle Grave et al., 2021; Treasure et al., 2007; Stice E., 2002]. Essi rappresentano un gruppo con esigenze, disposizioni ed età generalmente differenti dal gruppo dei pazienti.

Per definire ulteriormente i bisogni del gruppo caregivers si propone l'utilizzo del questionario NLit-IT (Nutrition Literacy for Italian Subject) [Vettori et al, 2021], uno strumento a 64 item suddiviso in sei aree che indaga il livello di conoscenza relativo alla nutrizione in generale. Questo strumento si aggiunge all'imprescindibile parere del medico psicoterapeuta, che spesso conosce anche la situazione familiare del paziente e le diverse figure coinvolte.

2.3.3 Modello disposizionale finale

Una volta ottenuta la lista delle disposizioni dei pazienti e dei caregivers è necessario categorizzarle secondo dei macro-ambiti: nel nostro caso, adottiamo la seguente suddivisione:

- l'ambito intellettuale-emozionale, che riguarda tutto ciò che concerne l'intelligenza emotiva della persona, quindi la sua capacità di gestire le emozioni, di accettarle e di saperle condividere
- l'ambito conoscitivo, con tutte le conoscenze, competenze e abilità tecniche
- l'ambito relazionale-sociale, con non solo la conoscenza, ma anche la comprensione delle regole sociali
- l'ambito pratico-organizzativo, con le abilità tecniche e le competenze organizzative
- l'ambito affettivo-relazionale, ossia le capacità afferenti alla sfera affettiva familiare.

Seguendo queste categorie, si organizzano le disposizioni della persona secondo uno schema ad assi: l'asse Y ordina in maniera crescente la complessità e la propedeuticità della disposizione, l'asse X invece la direzione verso cui la disposizione si vuole esprimere, partendo dall'ambito prevalentemente individuale, fino all'ambito più collettivo e sociale.

Per completare la prima parte di progetto pedagogico, dobbiamo definire ulteriori parametri, definiti condizioni d'esercizio: esse sono *«tutte le condizioni concrete nelle quali il progetto pedagogico dovrà essere realizzato»*. [Agostinetto L., 2013]

Vogliamo quindi proporre una struttura che sia collegata alle USL, data la possibilità delle aziende sanitarie di fornire due delle figure fondamentali all'interno dell'equipe, e soprattutto caratterizzata da 3 parole chiave:

- Familiarità: la struttura non vuole imporsi, fornire dall'alto un modello da seguire pedissequamente senza una vera e propria comprensione, ma vuole essere luogo di incubazione di nuovi legami, sia tra pazienti e familiari, sia tra più gruppi familiari. Gli educatori devono essere professionali, ma al contempo essere empatici e capaci di costruire una leadership di gruppo con dei valori trainanti per gli educandi.
- Salute: la struttura vuole far comprendere un concetto di salute molto più ampio per come comunemente lo si concepisce. Oltre a dar valore alla salute fisica, lo si vuole dare a quella psicologica, e a quanto questi due elementi siano interlacciati tra loro e con altri aspetti della vita quotidiana.
- Gioco: la struttura fornisce non solo regole e norme, ma libertà di azione e di sperimentazione senza incorrere in giudizi asettici e distruttivi; la capacità di interagire e di

imparare viene potenziata se si eliminano alcuni elementi negativi come pregiudizi e atteggiamenti aprioristici, creati dalla persona basandosi non sull'esperienza personale, ma su punti di vista altrui. Il possibile sfruttamento di pratiche tipiche dell'improvvisazione teatrale e del gioco di ruolo in generale rappresenta una possibilità importante da non poter ignorare.

2.4 Finalità-Obiettivi-Attività Chiave: definire il progetto educativo.

Sulla base delle disposizioni e delle finalità definite secondo l'allegato 2, si elaborano gli obiettivi e le attività chiave che possano rispondere efficientemente alle esigenze e alle disposizioni di entrambi i gruppi. Nel nostro caso specifico, data la mancanza di dati statistici sufficienti, si fanno ulteriori assunzioni:

Pazienti	Caregivers
I pazienti si trovano in una fase contemplativa o successiva, secondo il modello di Prochaska e Diclemente (1989).	Non negano strenuamente e/o mascherano la problematica del loro assistito.
Non hanno complicanze mediche tali da impedire la loro partecipazione al corso.	Non hanno una sufficiente conoscenza del disturbo.
Non si riscontrano atteggiamenti oppositivi.	Non riescono ad empatizzare in modo efficace con l'assistito.
Sono presenti dinamiche emotive molto intense e spesso incontrollabili, che stressano il paziente e, di riflesso, il caregivers.	Sono presenti dinamiche emotive molto intense e spesso incontrollabili, che stressano il caregiver e, di riflesso, il paziente.
Non si riscontrano ritardi cognitivi significativi o atteggiamenti violenti della persona.	

Questi assunti vanno a limitare volutamente la platea di persone che il progetto di Corso di Cultura e Cucina potrebbe raggiungere ed aiutare, in quanto le dinamiche che si potrebbero generare sono complesse e difficili da gestire nel caso emergano problematiche forti.

Di seguito si illustra un esempio di modello compilato per un ipotetico paziente: tale modello rimane fondamentalmente simile anche per una persona facente parte del gruppo dei caregivers.

2.4.1 Esempio di modello

Ambito	Finalità	Obiettivo	Attività chiave	Esempi specifici
Intelletti vo emotivo	Capacità di conoscere e gestire le proprie emozioni.	Riconoscere i propri stati emotivi.	Offrire tempi e momenti per esprimere le proprie sensazioni e condividerle con il gruppo.	Far descrivere le emozioni provate al tocco della farina o di alimenti viscidati.
		Imparare a comprendere gli stati emotivi.	Discussioni guidate dal medico psicoterapeuta per prendere consapevolezza di alcuni stati emotivi.	Spiegazione del perché esistono sensazioni come rabbia e disgusto.
		Imparare a gestire gli stati emotivi intensi.	Utilizzo di tecniche quali la mindfulness e la respirazione controllata per riportare la calma.	Breve intervento sulle tecniche di respirazione.
			Momento di roleplay dove si spiegano e sviluppano le capacità metacognitive.	
	Capacità di empatia.	Riconoscere gli stati emotivi altrui.	Attività di roleplay che permetta di riconoscere, tramite le capacità metacognitive, le sensazioni altrui.	Roleplay: uno schiavo affamato riceve dell'ottimo pane dal suo padrone, che lo tratta sempre bene VS uno schiavo affamato riceve del pane di pessima qualità dal suo odiato padrone.
		Saper empatizzare e regolare la propria risposta di conseguenza.	Momento di spiegazione e condivisione delle proprie emozioni e pensieri provati durante le attività di roleplay.	«Quanto ho interpretato Fabius, lo schiavo, ho percepito... ho provato per lui... secondo me lui provava...»
	Capacità di comunicare sè stessi e manifestare le emozioni.	Esporre le proprie emozioni in modo efficace.	Incentivare l'esposizione chiara e controllata del proprio stato d'animo.	Momento di discussione più approfondita nel caso le emozioni espresse non fossero sufficientemente chiare.

			Creare un ambiente favorevole per l'ascolto attivo.	Dare delle regole per creare l'ambiente adatto, sottolineare l'importanza dell'ascolto attivo e spiegare cosa si intende con ascolto attivo.
Capacità di accettazione di sé e dell'altro.	Saper accettare i propri stati emotivi.		Spiegazione delle modalità di positivizzazione delle emozioni negative come rabbia e tristezza.	Usare e indirizzare l'energia violenta della rabbia verso un'attività che necessita di forza, come battere le ossa della carne.
Capacità di comunicare efficacemente.	Saper avviare una comunicazione efficace.		Indicare le modalità più efficaci per esporre il proprio pensiero e sperimentarle.	Interpretazione della parola «Buono» detta con toni e gestualità differenti.
	Saper chiedere aiuto.		Proporre attività complesse che necessitano del lavoro in team per essere portate a termine.	Le attività dovrebbero essere strutturate in modo tale da rendere il lavoro in team molto più efficiente rispetto al lavoro individuale.
			Aiutare le persone ad esporsi chiaramente e senza timore tramite l'instaurazione di un ambiente aperto e supportivo.	
Capacità di coltivare e ampliare i propri interessi.	Sapersi motivare e mantenere i propri interessi.		Argomentazioni costruite in maniera interessante e accattivante, di nozioni non quotidianamente disponibili, tramite lezioni interattive, laboratori e attività che includano in modo attivo i corsisti.	Brainstorming sul cioccolato: cosa mi viene in mente?
			Attività ludiche e di improvvisazione teatrale.	

Conoscit vo	Capacità di conoscere i tratti culturali del proprio gruppo sociale/famigliare.	Conoscere i propri tratti culturali.	Lezione sulla storia locale di alcuni alimenti.	Storia della cioccolata in Europa, storia delle pietanze locali tipiche.
	Capacità di conoscere tratti culturali diversi dai propri.	Conoscere tratti culturali altrui.	Lezione sulla cultura del cibo estera.	Spiegazione di tecniche di macellazione ebraiche e musulmane
	Capacità di conoscere il «filone narrativo umano».	Assimilare alcune conoscenze relative alla mitologia e alla narrativa.	Lezione sulle leggende relative al cibo.	L'ambrosia e «super-alimenti divini», il sacrificio agli dèi, la loro offesa al consumo di alimenti particolari e/o proibiti.
	Capacità di conoscere l'importanza del cibo.	Assimilare alcune conoscenze relative al cibo, alla religiosità e alla società	Lezione sui momenti storici importanti promossi dal cibo.	Le carestie come causa di movimenti popolari violenti in storia e letteratura (Vedi «I promessi Sposi» di Manzoni).
	Capacità di conoscere la «macchina biologica umana».	Capire la relazione tra corpo e cibo.	Lezione su elementi di dietetica e fisiologia umana.	Come il Caffè ci fa sentire più attivi fisicamente?
			Lezioni su elementi psicologici riguardo al cibo.	Come il Caffè ci fa sentire più attenti e sicuri di sé?
Relazion ale sociale	Capacità di vivere una dimensione comunitaria.	Saper lavorare in gruppo.	Divisione del lavoro tra più coppie per concorrere alla realizzazione della singola ricetta.	Suddividere la preparazione del riso, del radicchio rosso e del materiale tra tre coppie differenti.
	Capacità di tolleranza dell'estraneo.	Saper lavorare con persone estranee.	Mescolamento delle coppie per concorrere alla realizzazione di una singola ricetta.	Lezione singola in cui creare coppie nuove.

	Capacità di vivere ed esprimere la condivisione.	Saper condividere senza timori e con uno scambio positivo reciproco.	Momento di condivisione del cibo guidato dall'equipe.	Servire e proporre il cibo agli altri con tatto e decoro
	Capacità di condividere spazi, beni e tempi.	Saper riconoscere e spiegare i propri confini.	Momento di condivisione del proprio pensiero e delle proprie necessità guidato dall'equipe.	
	Capacità di coinvolgere gli altri	Saper esporre i propri argomenti di interesse	Momento di brainstorming guidato dall'equipe.	
Relazione affettivo	Capacità di creare e curare amicizie e legami significativi esterni.	Saper lavorare stabilmente con un'altra persona esterna.	Attività laboratoriale svolta mescolando le persone in altre coppie stabili per almeno 4-5 lezioni.	
	Capacità di creare legami significativi interni alla famiglia e/o il proprio gruppo di riferimento.	Saper lavorare stabilmente con il proprio compagno.	Attività laboratoriale svolta mantenendo la coppia paziente-caregiver per almeno 4-5 lezioni.	
	Capacità di dare e ricevere affetto.	Saper incoraggiare e farsi incoraggiare dal proprio compagno.	Instaurare un ambiente per rendere più semplice la manifestazione di stima o per ringraziamenti, senza manifestazioni negative esterne.	
			Incentivare l'esposizione chiara e controllata del proprio stato d'animo.	Ricordare che per una frase con un significato che a noi risulta estremamente chiaro, una persona esterna potrebbe elaborare almeno 7 interpretazioni diversi.

	Capacità di darsi affetto.	Imparare a valorizzarsi come persona per avere il coraggio anche di compiere scelte.	Dare valore alle opinioni del corsista stesso.	Se una persona vuole provare una variante, permettergli di sperimentare.
			Possibilità di decidere per sé stesso senza forzarlo in una direzione desiderata dall'equipe.	Non sminuire i fallimenti, ma sottolineare l'opportunità che essi offrono.
Pratico - organizzativo	Capacità di prendersi cura di sé e del proprio corpo/alimentazione in modo autonomo	Cucinare il proprio pasto in modo sano	Attività laboratoriali di cucina, condotta in coppia, con l'assistenza dell'equipe.	Indicazioni per sostituire alcune componenti con altre più salutari; indicazioni su come utilizzare correttamente le tecniche di cottura.
		Consumare adeguatamente il proprio pasto	Momento di condivisione del pasto e indicazioni tramite l'esempio, da parte dell'equipe, sulle modalità di consumo del pasto.	
	Capacità di coinvolgersi nelle attività proposte.	Sapersi motivare.	Attività in cui trasmettere alcune modalità per avere una comunicazione positiva con sé stessi.	Di fronte ad ostacoli che sembrano insormontabili, dirsi che si è in grado di affrontarlo / dirsi che tentare e fallire non nuoce, ma è una possibilità per il futuro.
			Momenti di discussione e condivisione in cui esporre le proprie passioni.	
Capacità di disporre del proprio tempo	Saper organizzare il poco tempo a disposizione per arrivare al risultato.	Utilizzare strumenti come timer e attrezzature più efficienti.		

2.5 Sessioni

Riguardo le tempistiche della singola sessione e del corso completo, si prende come modello di riferimento il protocollo della CBT-OB: le sessioni settimanali sono quindi strutturate per un periodo temporale da 6 mesi a 1 anno, contando un totale di 25 lezioni da 2 ore ciascuna, di cui 1 ora sarà di laboratorio pratico ed esposizione degli argomenti gastronomici, mezz'ora verrà riservata a un momento di discussione aperta sulla lezione presentata e mezz'ora viene conteggiata per pause, ritardi e altri tempi tecnici, come la distribuzione di materiale e la loro spiegazione, l'arrivo di tutti i partecipanti e la creazione del corretto mindset con cui proseguire la sessione.

Si consiglia di non superare il numero massimo di partecipanti, stabilito a 18 persone / 9 coppie, per evitare l'eccessiva complessità delle dinamiche emergenti e per mantenere un controllo maggiore sulla gestione delle tempistiche.

Tale corso è rivolto in particolar modo a tutti coloro che soffrono di DAN, a partire dai 14 anni di età in poi, e ai loro caregivers maggiorenni, che si ipotizza facciano prevalentemente parte della fascia d'età 35-50 anni.

Come precedentemente spiegato, questo corso, semplificato in alcune sue meccaniche e dinamiche, ma non nei suoi principi, può essere proposto anche ad una fascia di popolazione più ampia e generica.

3. Fase pratica del Corso di Cultura e Cucina

3.1 Presupposti pratici per attuare il progetto

Come ben descritto dal paper scientifico «Culinary Medicine: Bringing Healthcare Into the Kitchen» [Kristi Artz e Mauriello Leanne M., 2019], è necessario eseguire un buon lavoro di preparazione, cominciando dalle strutture, ad esempio le cucine dove riunirsi e gli spazi di magazzino per le derrate alimentari da conservare. Adatte allo scopo sono le cucine presenti nelle scuole alberghiere o cucine simili a quella presente nel Mercato Coperto di San Lorenzo a Firenze, poiché aperte e sufficientemente spaziose per poter gestire circa 20 persone.

Si deve valutare, in base al numero di partecipanti e al luogo di incontro, se contattare vari fornitori del settore Horeca, chiedendo dei preventivi per la fornitura delle derrate alimentari necessarie e scegliendo quelli necessari, se appoggiarsi ad una figura di chef esterna, che potrebbe semplicemente interfacciarsi con i suoi distributori di fiducia, o se provvedere alla spesa presso un cash&carry. In ogni caso, si deve tener traccia delle spese, delle consegne e delle scadenze, applicando un manuale HACCP, che verrà redatto in concomitanza.

Per alcune tecniche di roleplay previste e per accompagnamento in alcuni momenti di lavoro, sarebbe utile disporre di un impianto di diffusione audio e della licenza SIAE per la diffusione di musica registrata.

Il corso affronta gli argomenti in modo specifico e approfondito, quindi richiede la compresenza di diverse figure professionali, che devono ritrovarsi in anticipo per conoscere ed assimilare il programma, eventualmente proporre o modificare alcuni degli argomenti che verranno trattati, far risaltare possibili incongruenze o difficoltà e prepararsi ad una comunicazione efficace verso i corsisti.

È fondamentale formulare un ricettario congruo agli obiettivi del corso; ad esempio, la ricetta del Risotto al Radicchio Rosso di Treviso non deve essere solo nutrizionalmente equilibrata, ma anche strutturata e presentabile in modo semplice ed efficace, essere un buon piatto da osservare e gustare, e offrire lo spunto per far conoscere le tecniche di imbianchimento del Radicchio Rosso di Treviso, o ancora della sua differenza con altre varietà disponibili sul mercato.

Rimane fondamentale continuare a strutturare la parte pratica usando il Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986] per mantenere in accordo tutte le idee che ogni figura può proporre con il progetto pedagogico che abbiamo definito in precedenza.

È molto importante una buona presentazione e promozione del programma alla popolazione e si auspica il coinvolgimento di più partner possibili, come le associazioni per questi disturbi, le Aziende Sanitarie e altri organi di Pubblica amministrazione quali Comuni e Regioni. Essendo il progetto di natura fortemente sociale, sarebbe opportuno che siano gli enti pubblici a patrocinare tale corso, fermo restando che, date le caratteristiche del corso, potrebbe essere strutturato e condotto privatamente per i cittadini che possano avere interesse, tramite, in questo caso, delle scuole di cucina e pasticceria.

3.1.1 Costi

Accennando brevemente al costo del corso si prende a modello il paper *Cost Analysis of Developing, Implementing, and Evaluating a Multi-Disciplinary Teaching Kitchen* [Bonnet et al, 2022], ma è necessario, data la complessità di questo specifico caso, avviare uno studio economico a parte; i costi presentati in allegato 2 devono essere aggiornati a seguito della pandemia di COVID-19, terminata il 5 maggio 2023, della recente guerra in Ucraina e conseguente crisi energetica che hanno portato al peggioramento dell'economia.

Secondariamente si deve considerare la differente struttura del sistema sanitario statunitense rispetto a quella italiano: in USA la sanità è principalmente privata, sostenuta dalle assicurazioni mediche private e, in alcuni casi, dietro pagamento diretto da parte dei cittadini, mentre in Italia il SSN è pubblico, e le sue spese sono coperte in maggior parte dalle tasse e dai fondi ad esso destinate.

3.2 Creare l'equipe

Il corso ha necessità, come sopra citato, di riunire nello staff diverse competenze e specializzazioni, oltre che differenti livelli di responsabilità: il gruppo che quindi viene considerato come minimo per la conduzione del corso è composto da un medico psicoterapeuta, un cuoco, un dietista e da un laureato in Scienza e Cultura della Gastronomia.

Perché queste figure?

- Il medico psicoterapeuta controlla le interazioni che si generano all'interno delle sessioni e interviene in caso di necessità, forma ulteriormente gli educatori sulla gestione delle complicanze che i DAN recano con sé, fornisce le informazioni preliminari riguardo ai pazienti, al loro stato di salute e le loro disposizioni.

- Il cuoco fornisce informazioni specifiche relative ai prodotti, oltre a insegnare la manualità necessaria per cucinare in sicurezza e fornire ulteriori consigli e trucchi basilari riguardo la gestione dei tempi. Nella redazione del progetto educativo può fornire le ricette più adatte per lo scopo della lezione, sia in relazione alle attività e agli argomenti che si desidera esporre, sia per la fattibilità pratica.

- Il dietista fornisce informazioni nutrizionali riguardo le varie categorie di nutrienti, oltre a trucchi e informazioni riguardanti la salute personale in relazione all'alimentazione. Possiede competenze specifiche utili alla redazione del progetto educativo.

- Il laureato SCG collabora e media le proposte delle altre figure, fornisce informazioni e competenze mancanti, come quelle storico-culturali; per le sue caratteristiche potrebbe essere la figura più adatta alla conduzione delle sessioni, proprio per l'ampio spettro delle sue competenze. La sua figura, inoltre, non risulta autorevole e potenzialmente distaccata come quella dello psicoterapeuta o del dietista, e ciò aiuta a diminuire la distanza che si potrebbe creare tra corsisti e staff, abbassando conseguentemente le resistenze dei pazienti.

È necessaria la costituzione di un corpo amministrativo composto da segretari, esperti in comunicazione e un direttore di progetto, che supporti dal punto di vista logistico, contribuisca alla pianificazione temporale del corso, contatti i corsisti e li tenga informati di variazioni, necessità particolari per alcune lezioni e materiale extra che non può essere distribuito durante le sessioni.

Figure terze, come esperti in materie storiche, personal trainer e musicisti, potrebbero essere richieste qualora serva un intervento molto specifico e approfondito tale da non poter essere coperto dall'equipe già presente.

3.3 Invio del materiale preliminare

Una volta stabilito il gruppo di corsisti, è necessario preparare e inviare loro del materiale informativo, come un flyer conoscitivo, una checklist di requisiti per partecipare, alcune indicazioni sulla sicurezza e un video breve di spiegazione del corso; questo per illustrare a chi partecipa la tipologia di corso e le buone norme che tutti dovranno seguire, all'interno della cucina, per evitare rischi come tagli e bruciature.

Si farà presente, inoltre, che sarà necessario un abbigliamento conforme, come calzature chiuse, pantaloni lunghi e capelli legati, se lunghi; si anticipa che, ad inizio lezione, verrà fornito il

materiale di sicurezza come copricapi e grembiuli, e che non sarà possibile utilizzare alimenti e/o attrezzature provenienti dall'esterno, ma solo quelle presenti in cucina.

3.4 Elementi comuni a tutte le lezioni

Definiamo infine alcune tecniche che useremo in modo ricorrente all'interno delle lezioni:

1. Il rito di accoglienza, come la distribuzione di cartellini identificativi, il giro di saluti, la preparazione della postazione e l'utilizzo di alcune frasi chiave che possano aprire il momento e lo spazio ludico, come «I giochi abbiano inizio!».
2. Nei momenti di lavoro che necessitano di minor concentrazione, ove non siano previsti interventi da parte dell'equipe, si possono introdurre argomenti collaterali all'alimento su richiesta degli educandi.
3. Prevedere un momento in cui utilizzare la tecnica del roleplay, che sia durante la preparazione, o all'interno del gruppo di discussione dopo l'impiattamento.
4. Al momento dell'impiattamento, ci si raduna intorno ad un tavolo designato: il cibo, al centro, è a disposizione di tutti, ed è fatto espresso invito sia di condividere materialmente il cibo con gli altri partecipanti, sia di parlare delle proprie curiosità. Se il gruppo non si espone, tentare un approfondimento ulteriore e creare un aggancio affinché si crei una «narrazione emergente».
5. Verso il termine della lezione, lasciare la parola allo psicoterapeuta, che procederà con un lavoro di gruppo specifico, o metterà in chiaro alcuni punti con i corsisti dal punto di vista prettamente medico.
6. Si elabora un rito di uscita, come la raccolta dei cartellini identificativi, il giro di saluti e un'ultima domanda da porre ai corsisti a cui non deve essere data una risposta, di modo che rimanga impressa e possa essere un eventuale argomento di curiosità nel tragitto di ritorno a casa e possa chiudere l'ambiente ludico.

3.4.1 Perché usare questi elementi?

La pratica del rito, sia in entrata che in uscita, permette la creazione di un ambiente chiuso e sicuro per chi vi partecipa, dando possibilità a chi vi partecipa di abbassare le proprie difese, di partecipare più attivamente e di potersi esprimere al meglio: la situazione, tipica del Roleplay, vuole escludere elementi giudicanti e permette una condivisione libera [Whitton N., 2018].

L'inserimento di una componente ludica (la normazione chiara e condivisa, l'aperta sperimentazione senza elementi giudicanti esterni, un parziale roleplay) permetterebbe un ulteriore alleggerimento del tono del corso, l'immersione in una differente situazione e la creazione di ricordi positivi, con possibili effetti benefici a lungo termine, secondo il principio del *playful learning* [Rice L., 2009].

Mescolare le nozioni teoriche con atti pratici, come quello di impastare o tagliare, crea nessi mnemonici più forti di una semplice lezione frontale, secondo il principio del *learning by doing* [Reese W., 2011].

3.4.2 La «Dichiarazione di Intenti e Patto sociale»

La «Dichiarazione di Intenti e il Patto Sociale» sono due strumenti spesso presentati e usati insieme, e sono tipicamente utilizzati nel mondo dei giochi di ruolo (Caverni R., 2020); anche in alcune tecniche di counseling si presentano tali strumenti, definiti in questo caso «contratto terapeutico».

Si utilizzeranno tali strumenti, modulati ad hoc per il nostro scopo e secondo le necessità, in primis per rendere chiari obiettivi e aspettative, con lo scopo primo di allineare le aspettative dell'equipe con quella dei corsisti: non sono di per sé dichiarazioni immutabili, ma da elaborare e rivedere fino a quando tutte le parti sono concordi su tutti i punti.

Rendono chiari anche organizzazione e tempistiche, regole basilari da rispettare, definiscono altri strumenti di intervento in caso di problemi e limitano il tempo e lo spazio per garantire il benessere di chi partecipa al corso.

La richiesta di modifiche da parte dei corsisti è un ottimo modo anche per modificare in anticipo possibili parti e argomenti del corso che non si desiderano affrontare, sia per disinteresse, sia per possibili trigger negativi nei confronti dei corsisti.

L'utilizzo della «Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale» non equivale alla firma di un contratto con effetti legali, ma offre alcuni benefici; nella prima lezione, dopo la presentazione del corso, verrà quindi consegnata una stampa di tale Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale, da far firmare a ogni partecipante e far conservare loro come memento: firmare rende tangibile l'impegno che il corsista vuole mettere nella frequentazione del corso. Successivamente, tale strumento può essere richiamato all'attenzione di tutti per recuperare i valori del corso quando questi vengano dimenticati, o a ricordare le motivazioni che hanno spinto le persone a partecipare al corso di Cultura e Cucina.

Tali strumenti possono essere usati anche nel caso dei corsisti non desiderino più partecipare, e in una forma rivisitata al termine naturale del corso: si può aiutare chi esce dal corso a creare un patto estremamente personale con sé stesso, volto a proseguire la ricerca del proprio benessere e quella dei propri cari. Per sottolineare l'importanza di questo cambiamento, la «Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale» verrà bruciata al momento della creazione del nuovo patto personale.

Un esempio di «Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale» verrà presentato in Allegato 3.

4. Struttura del Corso in Dettaglio

4.1 Struttura generale della lezione

Il Corso di Cultura e Cucina che verrà presentato utilizzerà il seguente formato:

Lezione X - Macroargomento	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Obiettivi elaborati sulla base di quelli dei corsisti, che fungono sia da linea guida, sia da doppia verifica.	Obiettivi altamente specifici della lezione, elaborati come intermezzi a quelli definiti in Modello Disposizionale.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Materiale fondamentale per la lezione	Materiale supplementare e di supporto alla lezione
Tempistiche e argomenti proposti	
Argomenti da presentare e momenti tecnici	Tempo previsto - eventuale figura di riferimento
Possibili argomenti supplementari	

Si vuol segnalare che il seguente capitolo non vuole essere il Corso di Cultura e Cucina definitivo, ma un esempio strutturale esemplificativo da modificare e/o completare in accordo con i gruppi specifici di educandi. Per questo, si dà per scontato che:

- tutte le lezioni descritte in seguito sono pensate per un macrogruppo definito di pazienti-caregivers, in rispetto con la logica FOA (Finalità-Obiettivi-Attività) e il progetto pedagogico strutturato secondo il Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986];
- sono pronte e disponibili tutte le strutture, le attrezzature, il personale e il materiale necessario per applicare il corso come descritto senza ulteriori azioni preparatorie preliminari,
- la presenza di un ricettario ben definito e con tutti i materiali necessari per ogni singola ricetta, comprendenti le materie prime, le spezie e i macchinari fondamentali.

Si presume che le modifiche al corso siano più di carattere pratico, specialmente nell'affrontare alcune precise tematiche con DAN precisi, piuttosto che ad una riscrittura della struttura stessa, che riteniamo valida nei suoi principi.

4.2 Il Corso di Cultura e Cucina: Un esempio strutturato

Lezione 1 - Presentazione del corso	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Spiegare lo scopo e il funzionamento generale del corso in modo efficace e facilmente comprensibile.	Prendersi l'impegno di frequentare il corso fino al suo termine.
Comprendere gli argomenti che possono interessare per poterli utilizzare in modo più efficace nelle successive lezioni.	Conoscere le altre persone con cui si affronterà il corso.
Scoprire le dinamiche che si instaurano nel gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Imparare a leggere una ricetta.
Cominciare un rapporto positivo con i corsisti.	Sperimentare le caratteristiche che rendono unici prodotti apparentemente simili tra loro.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Ricetta stampata.	Materiale pubblicitario riguardo al Radicchio Rosso Tardivo.
Riso di tre varietà differenti (Carnaroli, Vialone Nano, Basmati).	Materiale pubblicitario riguardo il riso di epoche diverse, età moderna vs anni '40.
Radicchio Rosso di Treviso nei due diversi stadi di raccolta (precoce e tardivo) e Radicchio Rosso di Chioggia.	Foglio Introduttivo riguardo le spezie (le più usate nella cucina italiana).
«Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale».	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Primi minuti di conoscenza.	10'
Spiegazione del corso.	5' per ogni figura professionale chiave, totale 20'
Presentazione della ricetta e separazione in 3 sottogruppi, ognuno con la propria variante da preparare e cucinare: Risotto con Radicchio Rosso.	5'
Differenza tra differenti varietà di riso (ad esempio Roma, Carnaroli o Vialone Nano, Basmati o Jasmine).	Intervento Chef 10'
Proprietà nutrizionali del riso e differenze con altri cereali.	Intervento Dietista 10'
Riso, alimento di base dell'Oriente. OPPURE Storia del riso durante gli anni di Mussolini.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	40'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecniche di coltivazione e imbianchimento del Radicchio, guaianolidi e composti amaricanti del radicchio, Introduzione alle denominazioni utilizzate per i prodotti alimentari (IGP, DOP, DOCG).	

Lezione 2 - Verdure	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Scoprire le dinamiche che si instaurano nel gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Imparare a distinguere e preparare correttamente differenti tipi di verdure.
Comprendere gli argomenti che possono interessare per poterli utilizzare in modo più efficace nelle successive lezioni.	Comprendere il legame con le filosofie vegetariane e vegane.
Stimolare l'interesse dei corsisti e la loro interazione positiva con il resto del gruppo.	Conoscere le caratteristiche intrinseche dei vari ingredienti presentati.
Essere pronti a sostenere eventuali corsisti che si trovino in una situazione critica.	Collaborare in modo preciso e coordinato con il proprio partner di team
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Ricette stampata.	Grana Padano DOP per i cestini per l'insalata russa.
Verdure necessarie per la ricetta: Peperoni, Carote, Zucchine, Patate, Sedano.	Affettato o tonno da aggiungere negli involtini
Maionese per insalata russa.	Altre verdure di stagione
Macinato di carne o legumi come ceci e lenticchie per il ripieno delle verdure.	Materiale visivo: Quadro di Arcimboldo «Vertumno» e Pittore Caravaggesco «Cesta con zucche»
Philadelphia per gli involtini di verdure.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta e separazione in 3 sottogruppi, ognuno con la propria ricetta da preparare: Involtini di verdure, Insalata Russa e Verdure Ripiene.	5'
Saper pulire, maneggiare e distinguere le verdure e le differenti varietà.	Intervento Chef 10'
Fibre, vitamine e Sali minerali.	Intervento Dietista 10'
Vegetarianesimo come filosofia non-violenta di vita.	Intervento SCG 10'
Le differenti tecniche di cottura e conservazione delle verdure.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Sostenibilità ambientale: agricoltura biologica contro convenzionale.	Intervento SCG 10'
Mondo Vegetale: Cosa Non è Verdura.	Intervento Dietista 10'
Arte - Arcimboldi e Caravaggio, due stili differenti con verdure protagoniste.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche, Igiene Alimentare riguardo Frutta e Verdura, Storia dell'alimentazione come storia dell'agricoltura, Dieta Pitagorica.	

Lezione 3 - Pane e lievitati	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Scoprire le dinamiche che si instaurano nel gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Imparare a riconoscere differenti tipi di farine e di pane.
Comprendere gli argomenti che possono interessare per poterli utilizzare in modo più efficace nelle successive lezioni.	Comprendere l'importanza del pane come alimento di base e alimento culturale.
Stimolare i corsisti a gestire i propri fastidi, invitando a trovare il coraggio di provare o con la ricerca di soluzioni alternative.	Conoscere i simboli, religiosi e sociali, legati al pane e alle sue varietà.
Stabilire e approfondire un rapporto positivo con i corsisti del gruppo dei caregivers.	Iniziare a capire e gestire il possibile fastidio che si può provare impastando a mano.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Ricetta stampata.	Semi vari per arricchire il pane.
Olio d'Oliva EVO.	Pomodoro e altri ingredienti per condire la pizza.
Impasti da pane, pizza e focaccia già lievitati e preparati in anticipo.	Materiale pubblicitario riguardante la pizza, anni '40 e moderno.
Impastatrice visibile ai corsisti.	Materiale visivo: Struttura e chimica del pane, Affresco della Pizza Romana di Pompei.
Stracchino per la focaccia o la pizza.	Un estratto de «I Promessi Sposi» : La rivolta del pane a Milano.
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione e separazione in 3 sottogruppi, ognuno con la propria ricetta da preparare: Pane, Pizza e Focaccia.	5'
L'importanza dell'idratazione e della lavorazione dell'impasto.	Intervento Chef 10'
Il ruolo dei carboidrati nell'alimentazione, Differenza tra zuccheri e amidi.	Intervento Dietista 10'
Le leggende del pane, storia dello schiavo egizio, i misteri eleusini e l'Eucarestia.	Intervento SCG 10'
Differenze tra pane, pizza e focacce.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Il pane presso gli antichi Romani, Il pane come strumento di controllo sociale o motivo di ribellione.	Intervento SCG 10'
Caratteristiche di differenti cereali e pseudocereali.	Intervento Dietista 10'
La rivoluzione della Farina Bianca: l'inversione sociale del pane Bianco e Nero.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di alcune tipologie di pane, Igiene Alimentare riguardo prodotti cotti, Lieviti e microrganismi di utilizzo alimentare, Glutine, pro e contro.	

Lezione 4 - Laboratorio di Aromi	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Scoprire le dinamiche che si instaurano tra le singole coppie pazienti-caregiver, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Riconoscere e abituarsi agli aromi, sia a vista, sia da bendati.
Stabilire e approfondire un rapporto positivo con i corsisti del gruppo dei pazienti.	Instaurare un rapporto di fiducia con i compagni e l'equipe.
Fornire il senso di sicurezza necessario affinché i corsisti desiderino mettersi in discussione e sperimentare autonomamente.	Imparare a segnalare eventuali disagi e discuterne apertamente.
Essere pronti a sostenere eventuali corsisti che si trovino in una situazione critica.	Comprendere l'uso di spezie e frutta nella cucina quotidiana.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Spezie per cucina (pepe, cannella in stecche, curcuma, rosmarino, salvia, dragoncello, etc).	Ruote degli aromi del vino.
Frutta fresca di vario genere (Fragole, pesche, mele, pere, etc).	Materiale tattile per sperimentare anche la combinazione tra aroma e tatto.
Frutta secca di vario genere (pistacchi, noci, nocciole, mandorle).	
Marmellate e creme di vario genere (fragole, albicocche, fichi, crema di marroni).	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione dell'attività odierna di Laboratorio del gusto: riconoscere aromi e gusti.	5'
Panoramica sulle spezie e il loro uso in cucina.	Intervento Chef 10'
Più spezie, meno sale.	Intervento Dietista 10'
Le spezie nell'antichità: erano davvero solo per i ricchi?	Intervento SCG 10'
Abbinamenti strani e cambi di gusto.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
La meccanica della percezione degli aromi e il suo variare nel tempo.	Intervento medico psicoterapeuta 10'
Proprietà e stagionalità della frutta.	Intervento Dietista 10'
Come conservare la frutta? Frutta essiccata e marmellate.	Intervento SCG 10'
Discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecniche di conservazione e affumicamento, L'importanza dell'acqua nell'alimento, Chimica dei componenti aromatici e coloranti, Grasso della Frutta secca	

Lezione 5 - Pasticceria dolce	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano tra le singole coppie pazienti-caregiver, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Comprendere l'importanza dei cibi dolci come collante sociale e chiusura del pasto.
Stimolare l'interesse dei corsisti e verificare quali argomenti siano effettivamente più efficaci.	Riconoscere come variabili come temperatura e ordine di montaggio possa generare risultati differenti usando gli stessi ingredienti.
Fornire il senso di sicurezza necessario affinché i corsisti desiderino mettersi in discussione e sperimentare autonomamente	Abituarsi a maneggiare alimenti unti, farinosi e appiccicosi.
Raccogliere i primi feedback da parte del gruppo dei caregivers.	Comprendere l'importanza della corretta misura, sia in preparazione, sia nel consumo degli alimenti.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Zucchero, uova, farina 00 bianca, cacao, burro, olio di semi di girasole per le paste frolle.	Marmellate per ripieni di crostata.
Paste Frolle già preparata e riposata nelle tre tipologie proposte.	Decorazioni per dolci, come zuccherini colorati, caramelle e marshmallow.
Cioccolato per glassare.	Materiale visivo: foto di Torte da credenza e torte da matrimonio.
Pianale di marmo per temperare il cioccolato.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione delle ricette: Pasta Frolla, Pasta Sablée e Pasta Frolla al cacao.	5'
Importanza della temperatura e dell'ordine di lavorazione degli ingredienti.	Intervento Chef 10'
Edulcoranti: effetti sull'organismo e confronto con gli zuccheri.	Intervento Dietista 10'
Lo zucchero come medicina antica.	Intervento SCG 10'
Interazioni tra zucchero, farina e uova. creme e paste.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Il dessert come chiusura del pasto e simbolo di festa.	Intervento SCG 10'
Dolci, la punta della Piramide Alimentare.	Intervento Dietista 10'
Il Dolce e l'Amaro, il loro ruolo nell'evoluzione.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di altri prodotti di pasticceria, Altre tecniche di lievitazione (fisica e chimica), Reazione della Caramellizzazione, differenze tra Olio e Burro, Tempera del cioccolato e struttura cristallina dei grassi, La pasticceria e i media moderni.	

Lezione 6 - Carne e proteine animali	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo dei caregivers, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Comprendere l'importanza sociale ed economica del consumo di carne.
Condurre una discussione costruttiva riguardo tematiche delicate.	Sapersi confrontare su tematiche delicate e comprendere punti di vista differenti dal proprio.
Lasciare al gruppo la preparazione delle ricette senza spiegarle in anticipo, intervenendo solo quando richiesto o in caso di necessità.	Organizzarsi in gruppo per cucinare il pasto.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Carne di maiale, vacca e pollo da preparare.	Attrezzatura per Barbecue (se disponibile e possibile).
Vino, sedano, cipolle e carote per marinare.	Materiale Visivo: grafici ISMEA del mercato della carne, copertina del Trinciante.
Carne sottovuoto già cotta.	Pepe verde in salamoia per la cottura di eventuale filetto.
Macchine per sottovuoto e sacchetti adatti alla cottura.	
Verdure da preparare alla griglia.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta da eseguire in gruppo: Grigliata, arrosto e verdure grigliate.	5'
Tagli di carne e tecniche di cottura.	Intervento Chef 10'
Proteine animali e vegetali, le loro differenze.	Intervento Dietista 10'
Carne simbolo della Barbarie e del Peccato?	Intervento SCG 10'
Tecniche sottovuoto.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Sostenibilità ambientale: allevamenti intensivi ed estensivi.	Intervento SCG 10'
Differenze tra Carni rosse e bianche; Differenze tra carni fresche e prodotti processati.	Intervento Dietista 10'
La sacralità della carne, tecniche di macellazione ebraiche e musulmane.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di salumi, Reazione di Maillard, Piramide Trofica, La carne e la teoria degli Umori.	

Lezione 7 - Vino e alcool	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Comprendere l'importanza sociale ed economica del consumo di vino e dell'alcol in generale.
Creare un ambiente sicuro e aperto alla sperimentazione.	Iniziare a sperimentare e avviare una narrazione usando il cibo come spunto.
Stimolare i corsisti ad avviare una narrazione relativa al cibo.	Comprendere più a fondo le meccaniche del gusto.
Raccogliere feedback relativamente alla lezione odierna e alle precedenti.	Condividere del tempo di qualità con i propri compagni di corso.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Vini da degustare: 2 rossi, 1 rosato, 1 bianco e 1 liquoroso/champagne.	Ruota degli aromi del vino.
Alimenti che abbinati al vino ne cambino il gusto (es. Confetti di Uva glassati al cioccolato, bacche di ginepro).	Strumentazione da Sommelier.
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Degustazione dei vini.	5'
Vini rossi, bianchi, rosati e orange, differenze e uso per la cucina.	Intervento Chef 10'
Effetti dell'alcool sull'organismo umano.	Intervento Dietista 10'
Vino come prodotto tecnologico e culturale.	Intervento SCG 10'
Abbinamenti per concordanza e contrasto.	Intervento Chef 10'
Il vino come simbolo sacro e di condivisione.	Intervento SCG 10'
Sostanze benefiche e dannose contenute nel vino.	Intervento Dietista 10'
Concetti base sulla Fermentazione.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di alcuni vini, come gli spumanti e i liquorosi, Lieviti e microrganismi di utilizzo alimentare, Confronto con altri alcolici fermentati come birra, sidro, idromele, etc..	

Lezione 8 - Latte e derivati	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Comprendere l'importanza economica e nutrizionale del consumo di latte e derivati.
Stimolare l'interesse dei corsisti e verificare quali argomenti siano effettivamente più efficaci.	Capire l'importanza del «mestiere» come trasmissione dei valori.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Latte, Caglio, Limone.	Miele e verdure a foglia per accompagnamento.
Noci e altra frutta secca.	Vetreteria da laboratorio.
Disciplinare di produzione del Grana Padano.	Materiale pubblicitario riguardo Grana Padano, Parmigiano Reggiano, altro.
Formaggi stagionati vari da assaggiare.	Materiale visivo: immagini al microscopio di batteri lattici.
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta: «Formaggio» fresco abbinato a noci e verdure a foglia.	5'
Latte e tecniche di caseificazione.	Intervento Chef 10'
Latte e allattamento.	Intervento Dietista 10'
Formaggio come tecnica di conservazione e valore economico aggiunto.	Intervento SCG 10'
Le differenti tecniche di stagionatura e lavorazione del formaggio.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Intolleranza al lattosio: un problema diffuso?	Intervento SCG 10'
Calcio e lattosio; sali minerali.	Intervento Dietista 10'
Altri latticini: yogurt, ricotta e mascarpone.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di formaggi erborinati, Igiene Alimentare riguardo i prodotti stagionati, Muffe e microrganismi di utilizzo alimentare	

Lezione 9 - Pasta	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Abituarsi a maneggiare alimenti unti, farinosi e appiccicosi.
Stimolare l'interesse dei corsisti e verificare quali argomenti siano effettivamente più efficaci.	Scoprire argomenti complessi ma fondamentali per la società, come la legislazione, il suo funzionamento e l'economia.
Aprire e guidare un dibattito riguardo la legislazione della pasta in Europa.	Capire i linguaggi del cibo e della pubblicità.
	Saper intervenire in modo costruttivo e rispettoso all'interno dei dibattiti.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Semola di grano duro, uova, sale, acciughe per la salsa.	Un'impastatrice.
Una trafilatrice per pasta lunga.	Una fotocamera e luci per set fotografico.
Materiale pubblicitario vario (Barilla, Voiello, marche estere).	
Estratto di giornale, con articolo relativo alla disputa Italia-UE sulla pasta.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta: Bigoi in salsa.	5'
Produzione di pasta fresca e secca.	Intervento Chef 10'
Uova dal punto di vista nutrizionale.	Intervento Dietista 10'
Storia e legame della pasta col territorio italiano.	Intervento SCG 10'
Cottura al dente, cotture passive.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Dispute di diritto alimentare: Italia contro UE.	Intervento SCG 10'
Pasta come piatto unico.	Intervento Dietista 10'
Esempi di comunicazione pubblicitaria: alcuni esempi.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Tecnologie di produzione specifiche di paste speciali (senza glutine), La pasta all'estero, Altri tipi di pasta: gnocchi, tortellini e ravioli.	

Lezione 10 - Pesce e animali acquatici	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Scoprire come le tradizioni e le innovazioni interagiscono con il tessuto sociale.
Raccogliere feedback relativamente alla lezione odierna e alle precedenti.	Comprendere l'impatto della variazione di un ecosistema sulla cultura umana.
Essere pronti a sostenere eventuali corsisti che si trovino in una situazione critica.	Imparare a gestire i propri fastidi, trovando soluzioni creative.
Stimolare i corsisti a gestire i propri fastidi, invitando a trovare il coraggio di provare o con la ricerca di soluzioni alternative.	
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Pesci di varie tipologie: Salmone, Orate, Persico, Trota.	Materiale visivo: Foto di sushi nella cucina giapponese.
Attrezzature per la pulizia del pesce.	Reti e materiale da pesca.
Verdure e patate da preparare come contorno.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta: Pesce con contorno al forno.	5'
Pulizia e preparazione del pesce.	Intervento Chef 10'
Pesce azzurro = Omega 3, Crostacei e molluschi = Colesterolo.	Intervento Dietista 10'
Alimenti di Magro e Alimenti di Grasso: Carne VS Pesce nella Cristianità.	Intervento SCG 10'
Il pesce e la sicurezza alimentare.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Legame tra cibo e territorio: molluschi e baccalà nella tradizione veneziana; Il Granchio Blu a Chioggia.	Intervento SCG 10'
Sindrome sgombroide e istamina; Quante calorie per un all-you-can-eat al giapponese?	Intervento Dietista 10'
Cibo come alimento dello spirito: Il «Washoku» del Giappone.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Sostenibilità negli ambienti costieri, Lavorazioni con il freddo e tecniche di conservazione; Chimica degli odori puzzolenti; Chimica del Fritto.	

Lezione 11 - Sostitutivi della Carne	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Formare ed esporre la propria opinione e condividerla in modo costruttivo agli altri.
Stimolare l'interesse dei corsisti e verificare quali argomenti siano effettivamente più efficaci.	Scoprire le vaste alternative esistenti riguardo l'alimentazione.
Condurre una discussione costruttiva riguardo a tematiche delicate.	Sperimentare e cucinare una tipologia di alimento inusuale sulla propria tavola.
Spingere ad una riflessione riguardo alle conseguenze delle decisioni umane, sia come singolo che come gruppo sociale.	
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Legumi precotti e pronti per l'utilizzo.	Materiale pubblicitario di prodotti vegani.
Verdure di contorno.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta: Hamburger e polpette vegane.	5'
Preparazione e accortezza nella lavorazione dei sostituti vegetali della carne.	Intervento Chef 10'
Sostituti della carne: sono tutti uguali?	Intervento Dietista 10'
Prodotti green e il mercato moderno.	Intervento SCG 10'
Tecnologie di produzione.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Sostanze antinutritive.	Intervento SCG 10'
«Latti» vegetali.	Intervento Dietista 10'
Come rendere appetibili alimenti dal gusto debole? Il trio Zucchero-Grassi-Sale.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Perché imitare i prodotti di origine animale, Impatto ambientale, Modelli del cambiamento e della persuasione.	

Lezione 12 - Novel Food	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Capire come funziona il disgusto.
Stimolare l'interesse e la voglia di sperimentare dei corsisti.	Imparare a gestire la sensazione di disgusto in una modalità «adulta e socialmente accettabile»
Procedere con delicatezza e tatto nell'esposizione dell'argomento.	Imparare la tolleranza verso le usanze altrui.
Aiutare i corsisti nell'esplicare e gestire il disgusto.	
Disclaimer: la seguente lezione non avrà attività laboratoriali, e sarà di durata più breve (circa 1 ora e mezza). Data la tematica delicata, si consiglia di non preparare materiale visivo, e di avere a disposizione del cibo che non possa essere in alcun modo abbinato agli insetti.	
Tempistiche e argomenti proposti.	
Rito di entrata	5'
Presentazione della lezione: Novel Food.	5'
Come implementare nuovi ingredienti in ricette tradizionali?	Intervento Chef 10'
Insetti: cosa potrebbero sostituire?	Intervento Dietista 10'
Sicurezza e diritto alimentare: il processo di inserimento dei Novel Food.	Intervento SCG 10'
Come normalizzare e avvicinarsi ai novel food.	Intervento Chef 10'
Chi mangia gli insetti? Elementi di cultura estera.	Intervento SCG 10'
Novel Food: il corpo umano deve adattarsi?	Intervento Dietista 10'
Cultura del gusto e del disgusto.	Intervento SCG 10'
Rito di uscita.	5'
Data la criticità degli argomenti proposti in questa lezione, si preferisce non inserire possibili argomenti supplementari.	

Lezione 13 - Piatti e Arte	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Capire come materie apparentemente così distanti sono correlate, tramite la cultura, al cibo.
Stimolare l'interesse dei corsisti e verificare quali argomenti siano effettivamente più efficaci.	Imparare come l'alimento nutre non solo il corpo, ma anche la mente.
Evocare, tramite una lettura attiva e teatrale, le sensazioni che si possono generare da alcuni brani scelti.	Riscoprire materie spesso messe in disparte e le sensazioni che riescono a suscitare.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
Materiale visivo da proiettare: «Il Mangiafagioli» di Annibale Carracci; Pierre-Auguste Renoir, «La colazione dei canottieri»; Pieter Bruegel il Vecchio, «il Matrimonio dei Paesani»; Carlo Bononi, «Nozze di Cana»; Stampa tratta dall' Opera di Bartolomeo Scappi.	Pane per crostini di accompagnamento.
Estratto da «Sotto il sole giaguaro» di Italo Calvino, Prolegomeni estratti da «La fisiologia del gusto» di Anthelme Brillat-Savarin, Estratto da «L'uomo è ciò che mangia» di Ludwig Feuerbach.	
Fagioli cannellini, carote, cavolo nero, patate, sedano, pancetta, zucchine, cipolla, pane toscano, polpa di pomodoro.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della ricetta: Piatti dell'Arte - «Il Mangiafagioli» di Annibale Carracci.	5'
Zuppe e passate: tecniche di cottura veloci.	Intervento Chef 10'
Zuppa, la cena è servita: complementarietà proteica con i legumi.	Intervento Dietista 10'
Arte e Cibo: come l'uomo si relaziona a questi elementi.	Intervento SCG 10'
La Bellezza e la Cucina degli avanzi: come impiattare e decorare.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Media moderni e la narrativa del cibo.	Intervento SCG 10'
Il pasto e i suoi tempi: saper pianificare	Intervento Dietista 10'
«Dimmi cosa mangi e ti dirò chi sei»: accenni di Gastrosofia.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo	30'
Rito di uscita	5'
Possibili argomenti supplementari: «Porn-food» e i programmi sulla cucina, Il Banchetto come Evento sociale, La divisione dei pasti come indicatore di cultura.	

Lezione 14 - Bevande sociali	
Obiettivi del gruppo docente	Obiettivi dei corsisti
Monitorare le dinamiche che si instaurano all'interno del gruppo, per eventualmente elaborare soluzioni correttive in caso di interazioni negative.	Imparare a condividere cibo e bevande con tatto e decoro.
Raccogliere feedback relativamente alla lezione odierna e alle precedenti, insieme a spunti e dubbi su cui basare le prossime sessioni.	Imparare l'importanza di bevande come caffè e cioccolato dal punto di vista sociale.
Instaurare un ambiente caldo e accogliente che spinga i corsisti ad esprimersi e condividersi.	Osservare il cambiamento della percezione dello stesso alimento nei secoli.
Aiutare i corsisti nel preparare le 3 ricette da preparare alla prossima sessione, dando semplicemente un responso riguardo la fattibilità.	Stabilire insieme 3 ricette che si possano preparare in 1 ora e mezza, usando ingredienti di uso comune.
Materiale Specifico	Materiale Facoltativo
3 Varietà di Caffè, di tostatura e macinatura diverse.	Latte e attrezzatura per montarlo.
Moka, macchina per espresso e sifone per caffè americano.	Cacao in polvere.
Cioccolato fondente in perle di 3 varietà differenti.	Attrezzatura per «milk art».
3 varietà di tè: un tè nero, un tè verde e un infuso alla frutta.	
Biscotti di accompagnamento.	
Tempistiche e argomenti proposti	
Rito di entrata.	5'
Presentazione della lezione: Caffè, Cioccolato e Tè.	5'
Come preparare una bevanda da leccarsi i baffi.	Intervento Chef 10'
Caffeina, tè ed energy drink: fonti di sostanze nervine.	Intervento Dietista 10'
Caffè, Cioccolato e Tè, Bevande Nobili di epoche diverse.	Intervento SCG 10'
Lavorazione e tempera del cioccolato.	Intervento Chef 10'
Pausa dal lavoro.	5'
Bevande da salotto: elementi di caratterizzazione sociale.	Intervento SCG 10'
Bevande e idratazione.	Intervento Dietista 10'
I marchi di qualità, i cru e le monovarietà.	Intervento SCG 10'
Condivisione del cibo, discussione e consolidamento del gruppo.	30'
Rito di uscita.	5'
Possibili argomenti supplementari: Lavoro dei produttori vs guadagno dei distributori, La schiuma come elemento estetico e funzionale.	

La 15ma lezione verrà costruita sulla base del ricettario stabilito dai corsisti nella 14 lezione; mantenendo lo stesso modello usato finora, verrà preparata dall'equipe secondo gli argomenti risultati più interessanti fino ad ora.

È necessario prevedere inoltre circa dieci ulteriori lezioni preparate ad hoc con i frequentanti, sulla base dei loro suggerimenti, per massimizzare la loro partecipazione.

Nell'ultima lezione, provvedere a bruciare la «Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale» e crearne uno nuovo personalizzato che funga da ricordo dell'esperienza del corso e un possibile fattore di mantenimento dei progressi fatti e delle nuove conoscenze acquisite.

5. Conclusioni e riflessioni personali

Questo progetto di tesi, che elabora un Corso di Cultura e Cucina orientato ad uno specifico gruppo di popolazione, ha l'obiettivo di fornire uno strumento utile non solo allo scopo supportivo ai pazienti per cui è stato progettato, ma vorrebbe essere uno spunto/stimolo per ulteriori corsi fruibili da utenze diverse con caratteristiche e bisogni propri.

Come ribadito nel corso dell'intera tesi, parlare di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, delle problematiche e delle soluzioni relative non è assolutamente semplice e affrontare una problematica medica può portare ad un fraintendimento dello scopo per cui il corso è stato pensato.

Lo spunto iniziale che mi ha portato all'ideazione di questa proposta di corso si basa su un'esperienza personale passata, che mi ha visto coinvolto nel ruolo di caregiver per una persona che ha sofferto di un DAN, fortunatamente non grave. È stata l'occasione per sperimentare, anche se non in modo strutturato, alcune tecniche e approcci al cibo e alla cucina come forma di supporto e relazione. L'esperienza di successo e i risultati positivi ottenuti, sono stati lo stimolo e la motivazione per preparare e strutturare il corso.

La peculiarità di questo corso, che coinvolge anche i caregivers, scaturisce dalla consapevolezza delle difficoltà che vivono quotidianamente i genitori di una persona con DAN, riguardanti la necessità di avere informazioni certe e di sentirsi supportate e aiutate nell'affrontare la frustrazione provata quotidianamente nel non comprendere non solo il problema, ma anche il proprio figlio.

Strutturare un'idea in un corso ha richiesto un'approfondita ricerca bibliografica, che si è rivelata complessa e lunga, a volte frustrante, per la mancanza di dati sull'argomento. Elemento emergente e comune è la necessità di ulteriori studi e maggiori approfondimenti, tuttora assenti.

Strutturare il «Corso di Cultura e Cucina» non è stata la difficoltà principale; data l'esperienza vissuta alcuni punti del corso mi erano già chiari, mentre molti altri spunti sono emersi durante la frequentazione del Corso di Laurea in Scienze e Cultura della Gastronomia. Nel mettere per iscritto e in modo chiaro e strutturato le mie idee la vera sfida è stata evolvere il mio punto di vista riguardo le persone affette dai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: ricordarmi che le persone sono definite in quanto tali, e non come la problematica che si portano appresso. A volte questo processo non è automatico, e necessita di essere rimembrato ad ogni singola occasione per non togliere la dignità altrui; tale elemento è stato considerato di prioritaria importanza durante la stesura del corso, motivo per cui si è scelto di implementare il Modello in Pedagogia [Dalle Fratte G., 1986] ai protocolli di «culinary medicine» disponibili.

Se mi fosse richiesta anticipatamente una percentuale di pazienti o caregivers che potrebbero beneficiare del corso, riporterei le stesse percentuali di efficacia che alcuni studi di «culinary medicine» riferiscono in relazione ad alcuni ambiti specifici, come il cambiamento delle abitudini alimentari, o lo sviluppo di migliori abilità sociali, o anche il semplice sollievo dato dal riunirsi con persone che soffrono di disturbi simili: per esempio, Hill (2007) riporta che il 78 % dei partecipanti di un corso culinario, pazienti che hanno subito ustioni gravi, hanno trovato aiuto nel poter condividere le proprie esperienze, e il 38% ha sofferto meno di ansia in cucina dopo la frequentazione del corso.

Occorre poi specificare anche la natura del risultato che si attende: si può sicuramente affermare che il fatto di formare un tessuto sociale stabile avrà quasi sicuramente esito positivo. Sono invece punti dall'esito incerto e che avranno necessità di un'ulteriore ricerca in futuro i risultati di efficacia sul lungo termine, o ancora, ad esempio, se il disturbo avrà una risoluzione positiva. I risultati positivi devono poi essere duraturi nel tempo: la lunga durata del corso serve appunto a consolidare i risultati, insieme al fatto di permettere la formazione di forti relazioni tra i due gruppi distinti che partecipano al corso.

Considerando poi che ogni edizione del corso sarà davvero unica, perché frutto delle esperienze di chi partecipa, sia essa figura professionale o corsista, e data la natura fortemente laboratoriale e sociale del Corso di Cultura e Cucina, il successo e il raggiungimento di un buon risultato, qualunque esso sia, dipenderà soprattutto dal fattore umano, che ci è impossibile al momento prevedere interamente, viste le complesse dinamiche e interazioni: questo è il punto di forza maggiore e al contempo il fattore limitante di questo progetto.

È doveroso ribadire che l'equipe, nel corso di questo corso, deve ricordare durante ogni singola sessione che gli educandi partecipanti sono «persone umane», e non «problemi» da risolvere meccanicamente: se questo non avviene mi aspetto che l'efficacia di questo intervento in termini di decorso positivo del disturbo per il paziente non solo sarà minima, ma addirittura possa esserci un peggioramento della situazione iniziale.

In ottica di ricerca scientifica, il progetto presentato non è sufficiente; dovrà essere rielaborato e ridefinito più attentamente rispetto a quanto proposto, e studiato nel lungo termine partendo dalle prime fasi di preparazione fino ad un follow-up di 2 anni almeno dalla fine del corso.

Il cibo non vuole essere il centro focale della tesi, ma le persone partecipanti, sia equipe che corsisti: riscoprendo il valore delle relazioni attraverso la cultura enogastronomica, il piacere del cibo e della condivisione, si attende come risultato ideale una ristrutturazione positiva delle

relazioni tra pazienti e caregivers, e ciò si vuole tradurre successivamente in un rinnovato e più consapevole approccio al disturbo nella quotidianità ed infine in un miglioramento della condizione del paziente.

In sintesi, ritengo che questo lavoro sia sicuramente complesso, ma che non vada assolutamente semplificato, pena la perdita di caratteristiche e interazioni che ritengo fondamentali; approcciarsi ad un problema complesso purtroppo richiede soluzioni complesse.

Mi auguro davvero tanto che questa proposta di corso possa essere un contributo alla crescita e al sostegno delle persone che si trovano in un momento di difficoltà, e che sia un piccolo stimolo per la ricerca di relazioni più profonde, con la prospettiva di migliorare sempre più la propria vita.

Bibliografia

- Agostinetti L. (2013). *Educare. Epistemologia pedagogica, logica formativa e pratica educativa*. Pensa Multimedia. ISBN: 9788867601783
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderlueh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242–247. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
- Asher, R. C., Shrewsbury, V. A., Bucher, T., & Collins, C. E. (2022). Culinary medicine and culinary nutrition education for individuals with the capacity to influence health related behaviour change: A scoping review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 35(2), 388–395. <https://doi.org/10.1111/jhn.12944>
- Barton, K. L., Wrieden, W. L., & Anderson, A. S. (2011). Validity and reliability of a short questionnaire for assessing the impact of cooking skills interventions: Questionnaire assessing cooking interventions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(6), 588–595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2011.01180.x>
- Bonnet, J. P., Rastorguieva, K., Moore, M. A., Munroe, D., & Bergquist, S. H. (2022). Cost Analysis of Developing, Implementing, and Evaluating a Multi-Disciplinary Teaching Kitchen. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 16(2), 180–185.
<https://doi.org/10.1177/15598276211062841>
- Bulik, C. M., Coleman, J. R. I., Hardaway, J. A., Breithaupt, L., Watson, H. J., Bryant, C. D., & Breen, G. (2022). Genetics and neurobiology of eating disorders. *Nature Neuroscience*, 25(5), Articolo 5. <https://doi.org/10.1038/s41593-022-01071-z>

Butler, R. M., & Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 78*, 101851.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>

Clark, A., Bezyak, J., & Testerman, N. (2015). Individuals with severe mental illnesses have improved eating behaviors and cooking skills after attending a 6-week nutrition cooking class. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*(3), 276–278.

<https://doi.org/10.1037/prj0000112>

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141–1164.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>

Curzio, O., Billeci, L., Belmonti, V., Colantonio, S., Cotrozzi, L., De Pasquale, C. F., Morales, M. A., Nali, C., Pascali, M. A., Venturi, F., Tonacci, A., Zannoni, N., & Maestro, S. (2022). Horticultural Therapy May Reduce Psychological and Physiological Stress in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Pilot Study. *Nutrients, 14*(24), 5198.

<https://doi.org/10.3390/nu14245198>

Dalle Fratte G. (1986), *Teoria e modello in pedagogia*, Armando, ISBN: 9788883582585

Dalle Grave, R., & Calugi, S. (2022). Cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: An effective alternative to the disease-based treatments. *IJEDO, 4*, 1–5.

<https://doi.org/10.32044/ijedo.2022.01>

Dalle Grave, R., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2021). Treatment of Eating Disorders in Adults Versus Adolescents: Similarities and Differences. *Clinical Therapeutics, 43*(1), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.10.015>

Farmer, N., Touchton-Leonard, K., & Ross, A. (2018). Psychosocial Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review. *Health Education & Behavior, 45*(2), 167–180.

<https://doi.org/10.1177/1090198117736352>

- Goutaudier, N., & Rousseau, A. (2019). L'orthorexie: Une nouvelle forme de trouble des conduites alimentaires ? *La Presse Médicale*, 48(10), 1065–1071.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.07.005>
- Hasan, B., Thompson, W. G., Almasri, J., Wang, Z., Lakis, S., Prokop, L. J., Hensrud, D. D., Frie, K. S., Wirtz, M. J., Murad, A. L., Ewoldt, J. S., & Murad, M. H. (2019). The effect of culinary interventions (cooking classes) on dietary intake and behavioral change: A systematic review and evidence map. *BMC Nutrition*, 5(1), 29.
<https://doi.org/10.1186/s40795-019-0293-8>
- Hersch, D., Perdue, L., Ambroz, T., & Boucher, J. L. (2014). Peer reviewed: The impact of cooking classes on food-related preferences, attitudes, and behaviors of school-aged children: a systematic review of the evidence, 2003–2014. *Preventing chronic disease*, 11.
- Hill, K. H., O'Brien, K. A., & Yurt, R. W. (2007). Therapeutic Efficacy of a Therapeutic Cooking Group from the Patients' Perspective: *Journal of Burn Care & Research*, 28(2), 324–327. <https://doi.org/10.1097/BCR.0B013E318031A24C>
- Himmerich, H., Lewis, Y. D., Conti, C., Mutwalli, H., Karwautz, A., Sjögren, J. M., Uribe Isaza, M. M., Tyszkiewicz-Nwafor, M., Aigner, M., McElroy, S. L., Treasure, J., Kasper, S., The WFSBP Task Force on Eating Disorders, Bailer, U., Bulik, C. M., Conti, C., Zwaan, M. D., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., ... Yoshiuchi, K. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines update 2023 on the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1–64. <https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2179663>
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.005>

- Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *44*(7), 665–670.
- Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2010). Neurocircuitry of Eating Disorders. In R. A. H. Adan & W. H. Kaye (A c. Di), *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders* (Vol. 6, pp. 37–57). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/7854_2010_85
- La Puma, J. (2016). What Is Culinary Medicine and What Does It Do? *Population Health Management*, *19*(1), 1–3. <https://doi.org/10.1089/pop.2015.0003>
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, *26*(3), 299–320. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.10.003>
- Mahon, J. (2000). Dropping Out from Psychological Treatment for Eating Disorders: What are the Issues? *European Eating Disorders Review*, *8*(3), 198–216. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(200005\)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(200005)8:3<198::AID-ERV356>3.0.CO;2-3)
- Mangweth, B., Hausmann, A., Danzl, C., Walch, T., Rupp, C. I., Biebl, W., Hudson, J. I., & Pope Jr., H. G. (2005). Childhood Body-Focused Behaviors and Social Behaviors as Risk Factors of Eating Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(4), 247–253. <https://doi.org/10.1159/000085149>
- Matias, S. L., Rodriguez-Jordan, J., & McCoin, M. (2021). Evaluation of a College-Level Nutrition Course With a Teaching Kitchen Lab. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *53*(9), 787–792. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2021.02.004>
- Mauriello, L. M., & Artz, K. (2019). Culinary Medicine: Bringing Healthcare Into the Kitchen. *American Journal of Health Promotion*, *33*(5), 825–829. <https://doi.org/10.1177/0890117119845711c>
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A.,

- Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., ... Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *142*, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Papathomas, A., Smith, B., & Lavalley, D. (2015). Family experiences of living with an eating disorder: A narrative analysis. *Journal of Health Psychology*, *20*(3), 313–325. <https://doi.org/10.1177/1359105314566608>
- Pereira Santos, P. J., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Narrative Therapy as an innovative approach to Anorexia Nervosa treatment: A literature review. *Journal of Poetry Therapy*, 1–14.
- Polak, R., Phillips, E. M., Nordgren, J., La Puma, J., La Barba, J., Cucuzzella, M., Graham, R., Harlan, T., Burg, T., & Eisenberg, D. (2016). Health-related Culinary Education: A Summary of Representative Emerging Programs for Health Professionals and Patients. *Global Advances in Health and Medicine*, *5*(1), 61–68. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.128>
- Reese, H. W. (2011). The learning-by-doing principle. *Behavioral Development Bulletin*, *17*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1037/h0100597>
- Reicks, M., Kocher, M., & Reeder, J. (2018). Impact of Cooking and Home Food Preparation Interventions Among Adults: A Systematic Review (2011–2016). *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *50*(2), 148-172.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.08.004>
- Rice, L. (2009). Playful Learning. *Journal for Education in the Built Environment*, *4*(2), 94–108. <https://doi.org/10.11120/jebe.2009.04020094>

- Ring, M. (2022). Culinary Medicine: Teaching Patients and Healthcare Students How to Impact Health Through Improved Nutrition and Cooking Skills. *Integrative and Complementary Therapies*, 28(2), 62–64. <https://doi.org/10.1089/ict.2022.29013.mri>
- Schmidt, U., Treasure, J., & Allen, K. (2023). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA). In P. Robinson, T. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure, & S. Wonderlich (A c. Di), *Eating Disorders* (pp. 1–15). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97416-9_61-1
- Shehata, M., & Thurston, E. (2020). Lifestyle medicine: A pragmatic approach to chronic disease management. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 13(11), 642–649. <https://doi.org/10.1177/1755738020950009>
- Shin, A. C., Zheng, H., & Berthoud, H.-R. (2009). An expanded view of energy homeostasis: Neural integration of metabolic, cognitive, and emotional drives to eat. *Physiology & Behavior*, 97(5), 572–580. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2009.02.010>
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Treasure, J., Cardi, V., & Kan, C. (2012). Eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e42–e49. <https://doi.org/10.1002/erv.1090>
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., Lopez, C., & Whitney, J. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: A description of workshops focussed on interpersonal maintaining factors. *European Eating Disorders Review*, 15(1), 24–34. <https://doi.org/10.1002/erv.758>
- Vasile, D., & Vasiliu, O. (2022). Orthorexia nervosa – a different lifestyle or a specific eating disorder? *Psihiatru.Ro*, 1(68), 8. <https://doi.org/10.26416/Psih.68.1.2022.6300>
- Vettori, V., Lorini, C., Gibbs, H. D., Sofi, F., Lastrucci, V., Sartor, G., Fulvi, I., Giorgetti, D., Cavallo, G., & Bonaccorsi, G. (2021). The Nutrition Literacy Assessment Instrument for Italian Subjects, NLit-IT: Exploring Validity and Reliability. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 18(7), 3562.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18073562>

Vettori, V., Lorini, C., Milani, C., & Bonaccorsi, G. (2019). Towards the Implementation of a Conceptual Framework of Food and Nutrition Literacy: Providing Healthy Eating for the Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5041. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245041>

Whitton, N. (2018). Playful learning: Tools, techniques, and tactics. *Research in Learning Technology*, 26(0). <https://doi.org/10.25304/rlt.v26.2035>

Sitografia

<https://animenta.org/>

<http://www.dallegrave.it/le-differenze-principali-tra-trattamento-basato-sulla-famiglia-fbt-e-terapia-cognitivo-comportamentale-cbt-e-per-gli-adolescenti-affetti-da-disturbi-dell'alimentazione/>

<https://www.drivethrurpg.com/product/328185/RPGs-and-the-Declaration-of-Intent>

Allegato 1 – Criteri diagnostici per i DAN, DSM-V

Pica

La caratteristica essenziale del pica è l'ingerire uno o più sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno un mese. Le sostanze tipicamente ingerite variano in base all'età e alla disponibilità e possono includere carta, sapone e capelli. Il termine «non nutritive» è stato incluso perché la diagnosi di pica non va applicata quando sono ingeriti prodotti alimentari che hanno un contenuto nutrizionale minimo. Tipicamente non c'è avversione nei confronti del cibo in generale. Inoltre, l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari deve anche essere inappropriata rispetto al livello di sviluppo dell'individuo e non deve fare parte di una pratica culturalmente sancita. Se il comportamento alimentare si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o condizione medica, si pone diagnosi di pica solo se l'ingestione di sostanze non nutritive e non alimentari sufficientemente grave da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-V del pica sono i seguenti:

1. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
2. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
3. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
4. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo

Codici diagnostici: ICD-9: 307.52; ICD-10: F98.3 per bambini; F50.8 per adulti

Disturbo di ruminazione

Rispetto al DSM-IV, i cambiamenti nei criteri diagnostici del disturbo di ruminazione sono stati minimi, se si eccettua il fatto che nel DSM-V, questo disturbo non è più classificato nei disturbi della nutrizione dell'infanzia, ma nell'ampia categoria diagnostica «disturbi della nutrizione e dell'alimentazione». Il disturbo di ruminazione richiede il rigurgito di cibo, che può essere rimasticato, deglutito nuovamente o sputato, per almeno 1 mese, che il rigurgito non sia attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica, che non si manifesti durante il decorso di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e che se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale essi devono essere sufficientemente gravi da giustificare un'attenzione clinica aggiuntiva.

I criteri diagnostici DSM-V del disturbo di ruminazione sono i seguenti:

1. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, reingoiato o sputato.
2. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro)
3. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
4. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva – disturbo dello sviluppo intellettivo – o altro disturbo del neurosviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo di ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.53; ICD-10: F98.21

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo sostituisce ed estende la diagnosi DSM-IV di disturbo della nutrizione dell'infanzia. La maggiore categoria diagnostica di questo disturbo, che può essere riscontrato anche negli adulti, è l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo per tre motivi principali: 1) apparente mancanza d'interesse per il mangiare o il cibo; 2) evitamento

basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; 3) preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare. L'evitamento o la restrizione producono un persistente fallimento di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate determinando una o più delle seguenti 4 conseguenze: 1) perdita di peso significativa (o fallimento di raggiungere l'aumento di peso atteso o inadeguata crescita nei bambini); 2) deficit nutrizionale significativo; 3) funzionamento dipendente dalla nutrizione enterale o dai supplementi orali; 4) marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. Non è presente la preoccupazione per il peso e la forma del corpo né deve manifestarsi durante il decorso dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Infine, il disturbo non è dovuto a una mancanza nella disponibilità di cibo o a un'altra malattia medica o mentale.

I criteri diagnostici DSM-V del disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo sono i seguenti:

1. Un disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es., apparente mancanza d'interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazioni relative alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali e/o energetiche appropriate, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
2. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale atteso oppure una crescita discontinua nei bambini).
3. Significativo deficit nutrizionale.
4. Dipendenza dalla nutrizione parenterale o dai supplementi nutrizionali orali.
5. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
6. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente sancita.
7. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
8. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella abitualmente associata alla condizione o il disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.59; ICD-10: F50.8

Anoressia nervosa

Il DSM-V ha introdotto due cambiamenti importanti nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Il primo è l'abolizione del criterio amenorrea previsto dal DSM-IV perché non può essere applicato ai maschi, alle donne in menopausa, premenarcali e in quelli che assumono estroprogestinici e per il fatto che alcune persone esibiscono tutti gli altri segni dell'anoressia nervosa ma continuano a mestruare. Il secondo riguarda il cambiamento del criterio A, che nel DSM-IV richiedeva Inferiore all'85% rispetto a quanto previsto (in pratica un IMC < 17,5) oppure l'incapacità di raggiungere il peso previsto durante la crescita, mentre nel DSM-V è richiesto un peso significativamente basso inferiore al minimo normale (cioè IMC <18,5) o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso (cioè < 5° percentile). Inoltre è stata eliminata la frase «rifiuto di mantenere il peso corporeo ai di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura» perché richiedeva l'intenzione da parte del paziente e poteva essere difficile valutarla oggettivamente. Nel criterio C è stata aggiunta la frase «comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso». Infine, sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base dell'IMC

I criteri diagnostici DSM-V dell'anoressia nervosa sono i seguenti:

1. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo atteso.
2. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

Codici diagnostici: ICD-9: 307.1; ICD-10: F50.01 tipo restrittivo; F50.02 Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione.

Bulimia nervosa

Il DSM-V ha mantenuto gli stessi criteri diagnostici del DSM-IV con l'eccezione del criterio C (frequenza e durata delle abbuffate). Adesso è richiesto che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi bulimia nervosa, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due volte la settimana per tre mesi.

Inoltre, come per l'anoressia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di condotte compensatorie per settimana. Infine, sono stati eliminati i due sottotipi (con e senza condotte di eliminazione) previsti dal DSM-IV.

I criteri diagnostici DSM-V della bulimia nervosa sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti :
 - A. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - B. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.51; ICD-10: F50.2

Disturbo da binge-eating (noto anche come disturbo da alimentazione incontrollata)

Il disturbo da binge-eating è stato incluso nel DSM-V come categoria distinta di disturbo dell'alimentazione, mentre nel DSM-IV era descritto nell'Appendice B nelle categorie che necessitavano ulteriori studi e era diagnosticabile solamente usando l'ampia categoria diagnostica «disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato».

Nel DSM-V il disturbo da binge-eating ha mantenuto i criteri diagnostici simili a quelli del DSM-IV con l'eccezione del criterio D (frequenza e durata abbuffate). Nel DSM-V, infatti, abbuffate si devono verificare, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi, mentre nel DSM-IV si dovevano verificare almeno due giorni la settimana per 6 mesi. Inoltre, come per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono stati introdotti dei criteri per valutare il livello di gravità attuale sulla base del numero di episodi di abbuffate per settimana.

I criteri diagnostici DSM-V del disturbo da binge-eating sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 - A. Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
 - B. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - A. Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - B. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - C. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - D. Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.

E. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.

3. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
4. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
5. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Livello di gravità attuale

- Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.
- Moderato: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estremo: 14 o più episodi di abbuffata a settimana

Codici diagnostici: ICD-9: 307.51; ICD-10: F50.2

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Questo è fatto

registrando «disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione» seguito dalla ragione specifica (per es., «bulimia nervosa a bassa frequenza»)

1. Anoressia nervosa atipica. Sono soddisfatti tutti criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
2. Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata). Sono soddisfatti tutti criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata). Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. Disturbo da condotta di eliminazione. Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
5. Sindrome da alimentazione notturna. Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Codici diagnostici: ICD-9: 307.59; ICD-10: F50.8

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione

Questa categoria si applica a presentazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio clinico o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non sono soddisfatti i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi nella classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica (per es. in un setting di pronto soccorso).

Codici diagnostici: ICD-9: 307.50; ICD-10: F50.9

Allegato 2 – Estratto dall’articolo Cost Analysis of Developing, Implementing, and Evaluating a Multi-Disciplinary Teaching Kitchen.

Table 1.

Itemized Costs of the Emory Healthy Kitchen Collaborative Teaching Kitchen by Category.

Description	Cost	Type of Cost	Variable Cost/ Additional Participant
Program Development			
Curriculum Development (7 content experts in various areas)	\$11,359.20	Fixed	-
Program Coordinator	\$8,000.82	Fixed	
Kitchen Supplies (cutting boards, burners, tools, etc.)	\$1,579.00	Fixed	One-time cost
Category Total:	\$20,939.02		
Course Delivery			
Kitchen and Lecture Space Rental (\$1000/class × 5)	\$5,000.00	Fixed	-
Chef (5 × 2 hour sessions)	\$3,843.00	Fixed	-
Year-Long Access to Full Plate Living Program (\$7/ participant/month × 12 month)	\$3,157.00	Variable	\$0*
Culinary Demonstration Food (\$600/class × 5)	\$3,000.00	Variable	\$75.00
Curriculum Instructors (7 content experts over 5 classes)	\$2,839.80	Fixed	-
Program Coordinator	\$5,333.88	Fixed	
Facilitators (2 total × 5 classes)	\$2,640.00	Variable**	\$66.00
Kitchen and Lecture Space Labor (\$500/class × 5)	\$2,500.00	Fixed	-
Medical Culinary Advisor (\$200/class × 5)	\$1,180.00	Fixed	-
Yoga Instructor (1 live 1-hour group session)	\$300.00	Fixed	
Personal Trainer (1 live 2-hour group session)	\$300.00	Fixed	-
Marketing	\$100.00	Fixed	-
Category Total:	\$30,193.68	Subtotal	\$141.00
Research			
Data Analysts (Team of one faculty and two students)	\$12,600.00	Fixed	-
Study Coordinator	\$10,000.00	Fixed	-
Principle Investigator for Trial	\$11,608.25	Fixed	-
Clinical Trial Registration	\$3,500.00	Fixed	-
SECA Body Composition Exams (\$10/exam × 3 exams)	\$1,200.00	Variable	\$30.00
Category Total:	\$38,908.25	Subtotal	\$30.00
Optional Enhancements			
Yoga Instructor (weekly class available to all participants year round)	\$15,180.05	Fixed	
Video Development r Recreation and Marketing Purposes	\$15,000.00	Fixed	
Participant Breakfast (\$455.40/group breakfast × 5)	\$2277.00	Variable	\$56.93
Participant Home Kitchen Supplies (\$20/participant)	\$800.00	Variable	\$20.00
Gift cards and prizes	\$300.00	Variable	\$7.50
Qualtrics	\$300.00	Fixed	
Category Total:	\$33,857.05	Subtotal	\$84.43
		Variable Marginal Cost Total	\$255.43
Grand Total	\$123,898.00		

*Full Plate Living is now free to anyone

**This is a variable cost, however, to get the calculated additional cost per person, this would require an additional 20 participants.

Allegato 3 - Esempio di Dichiarazione di Intenti e Patto Sociale

Premessa

Nell'ambito di questo progetto, denominato Corso di Cultura e Cucina, l'equipe intende portarvi a conoscenza di diversi scorci sul mondo dell'enogastronomia, con sessioni organizzate, in gruppi di massimo 20 persone e costituendo come cellula base le coppie Genitori - Figli.

Ambientazione

Il mondo è vasto, come lo sono le civiltà che lo popolano: per questo, in ogni sessione l'equipe vuole accompagnarvi in un viaggio con la mente verso mete ed epoche lontane, per mescolarvi ad altri popoli e per carpirne antiche saggezze e punti di vista differenti dal nostro. L'Antica Roma, l'esotico Zipangu e l'agitazione tipica delle Caravelle di Cristoforo Colombo aspettano solo voi!

Sessioni e organizzazione

Il corso sarà articolato in 25 sessioni, di cui una rompighiaccio e un paio di sessioni speciali, strutturate diversamente dalle altre.

Le sessioni saranno previste in presenza, di Lunedì o Mercoledì sera, dalle 18.00 alle 20.00 circa, con inizio tassativo alle ore 18.10, con termine ore 20.15 massimo.

Sono previste pause e momenti più tranquilli per potersi riprendere e rifocillare.

Non è necessaria attrezzatura da portare da casa, se non scarpe chiuse, maglie comode e voglia di partecipare.

Sistema

Il Corso è strutturato in due fasi distinte:

- la prima prevede la realizzazione di una ricetta, accompagnati da alcune curiosità che la nostra equipe è più che felice di condividere;
- la seconda invece è un momento dove voi siete protagonisti, potrete discutere e chiedere all'equipe tutto ciò che desiderate rispetto all'esperienza che avete vissuto in ciascuna serata.

Tono e comportamento

Vogliamo mantenere un tono leggero e familiare: per quanto ci saranno sicuramente momenti in cui serietà e concentrazione sono fondamentali, non siamo qui per tediare nessuno.

È sempre possibile ridere, scherzare e piangere: si richiede solamente un linguaggio rispettoso e tener conto che ognuno di noi ha personalità, storia e sensibilità differenti.

Non saranno ammessi in alcun modo litigi, insulti gratuiti e non, comportamenti passivo-aggressivi. È richiesto inoltre che ognuno di noi lavori in team: niente colpi bassi ai danni dei compagni.

Ricordiamoci che seguiamo questo corso anche per divertirci in gruppo, conoscendo nuove persone e nuovi orizzonti.

Dispositivi elettronici sono permessi solo espressamente per cose riguardanti il corso (schede elettroniche, manuali pdf, materiale online, etc.)

Ricordatevi che l'interesse è alla base di una piacevole serata: siate propositivi, in modo da aiutare anche noi dell'equipe ad offrirvi un'esperienza unica.

Persone

Troverete varie persone in questo corso: le prime, il gruppo più ristretto, sono le figure dell'Equipe, poi troverete altri Viaggiatori come voi, accompagnati dalle loro Guide.

L'Equipe vi illustrerà il corso e vi aiuterà giorno dopo giorno, anche attraverso guide pratiche e momenti di narrazione libera.

Voi Viaggiatori sarete qui, appunto, per viaggiare: espandere la mente e scoprire il mondo sarà il vostro privilegio.

Le vostre Guide, invece, saranno presenti per proteggervi e sostenervi: una volta vissute le esperienze che vogliamo proporre nel Corso, saranno porto sicuro per voi Viaggiatori, e mecenati per le vostre avventure nel mondo.

Failsafe

Nel caso qualcosa andasse storto, introduciamo qui degli strumenti di sicurezza che tutti i membri dell'equipe sono addestrati a riconoscere, da utilizzare in caso di bisogno.

La Linea e il Velo permettono di gestire gli argomenti non desiderati: entro la fine della prima lezione, vi chiederei di indicarmi (anche in forma anonima se necessario) una serie di tematiche TASSATIVAMENTE vietate (la LINEA, appunto). Questi argomenti saranno condivisi a tutti prima di cominciare, e si potranno potenzialmente estendere in corso d'opera.

Quando si presenta un argomento che non si desidera affrontare in nessuna maniera, basta alzare la mano e dire in maniera chiara la parola «LINEA!». In questo caso, l'argomento deve essere istantaneamente interrotto e non più richiamato o ripreso, senza nessuna richiesta di spiegazione.

Il Velo invece viene chiamato in qualsiasi momento in cui qualcuno si senta a disagio con una descrizione o dettaglio che per qualsivoglia motivo non apprezza, indipendentemente dal tema, ma si sente in grado di gestire momentaneamente eventuali emozioni negative da esso generate. Si chiama alzando la mano e dicendo in modo chiaro la parola «VELO!» : chi sta parlando dovrà evitare i dettagli, potenzialmente mantenendo la narrazione e il discorso, sfumando l'argomento fino a esaurirlo il più velocemente possibile .

Non abusare di questo sistema per impantanare la sessione, ma solo in caso di un proprio disagio personale/tasto dolente che quindi si potrebbe riflettere sul godimento della rimanente sessione.

Con la creazione e l'inizio della prima lezione, si darà per scontato che i punti della seguente proposta siano stati letti e vengano condivisi da tutto il gruppo.

Richiedo quindi la vostra firma come simbolo del vostro impegno e della vostra volontà di esserci anche nei momenti più oscuri e di tenere in bella vista codesto patto per ricordarlo ogni volta che ne sentite il bisogno.