

CORSO DI LAUREA IN

Dietistica abilitante alla professione sanitaria di dietista

Classe L/SNT3 - professioni sanitarie tecniche

**I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E
DELL'ALIMENTAZIONE E IL RUOLO
DEL COACH IN SPORT DOVE IL PESO
CORPOREO E LA FORMA FISICA
SONO PARAMETRI DI VALUTAZIONE**

Relatore
Prof. Duccio Maria Cordelli

Presentata da
Federica Ciurli

Sessione I
Anno Accademico 2023/2024

RIASSUNTO DELLA TESI

I disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono diffusi in discipline sportive in cui peso corporeo e controllo fisico sono cruciali, come ginnastica, danza, bodybuilding, powerlifting e sport di combattimento. Gli atleti di questi sport sono sottoposti a pressioni, sia fisiche che emotive, per mantenere un determinato peso corporeo, aumentando il rischio di sviluppare DNA e la Relative Energy Deficiency Syndrome (RED-S).

Le ricerche svolte indicano che in queste discipline aumenta il rischio di sviluppare disturbi alimentari quali anoressia e bulimia nervosa, soprattutto a livello agonistico. L'implementazione di programmi di educazione alimentare, prevenzione e trattamento, con il coinvolgimento attivo di allenatori e organizzazioni sportive, sono raccomandati per migliorare il benessere e la salute degli atleti.

Questa tesi di laurea ha indagato, attraverso un questionario anonimo, il livello di conoscenza e consapevolezza degli allenatori riguardo le caratteristiche e i sintomi dell'anoressia e della bulimia nervosa negli atleti da loro allenati. Le risposte hanno fornito spunti di riflessione sull'approccio degli allenatori a questi disturbi e sull'importanza della loro preparazione in materia. I risultati di questa analisi evidenziano una buona conoscenza riguardo ai DNA e al loro trattamento, ma ha anche rivelato ampi margini di miglioramento suggerendo strategie per migliorare la gestione e il trattamento dei DNA. L'approccio utilizzato presenta tuttavia alcuni limiti: il campione è ridotto, il questionario è stato ideato autonomamente, e sono stati intervistati solo allenatori, escludendo gli atleti stessi. Nonostante ciò, lo studio contribuisce a una comprensione più ampia dei disturbi alimentari nello sport, e offre suggerimenti per aumentare la consapevolezza dei rischi legati a tali disturbi nelle discipline in cui il peso corporeo è cruciale. Ricerche più ampie e approfondite sono necessarie per consolidare questa analisi.

INDICE

1. Introduzione	
1.1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	pag. 4
1.1.1 Pica	pag. 4
1.1.2 Disturbo da ruminazione	pag. 5
1.1.3 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)	pag. 5
1.1.4 Anoressia nervosa	pag. 6
1.1.5 Bulimia nervosa	pag. 7
1.1.6 Disturbo da binge-eating	pag. 9
1.1.7 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione	pag. 10
1.1.8 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione	pag. 10
1.2 DNA e sport	pag. 10
2. Obiettivo della Tesi	pag. 13
3. Metodi	pag. 14
3.1 Disegno dello studio	pag. 14
3.2 Progettazione e somministrazione del questionario	pag. 14
3.3 Partecipanti	pag. 16
3.4 Analisi statistica	pag. 17
4. Risultati	pag. 18
5. Discussione	pag. 35
6. Conclusioni e prospettive	pag. 40
7. Riferimenti bibliografici	pag. 41

1. INTRODUZIONE

1.1 Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA) costituiscono un insieme di condizioni psicologiche che colpiscono prevalentemente le donne, ma recentemente si è registrata una crescente diffusione anche tra gli uomini. Questi disturbi si caratterizzano per un rapporto disfunzionale con l’alimentazione e con la percezione del proprio corpo, con ripercussioni significative sulla salute fisica e mentale che possono compromettere la qualità della vita e le relazioni sociali.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5), pubblicato dall’American Psychiatric Association nel 2013, rappresenta il riferimento principale per la diagnosi e la classificazione dei disturbi alimentari (REF). In questo documento si annoverano i seguenti:

- Pica
- Disturbo da ruminazione
- Disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo (ARFID)
- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Disturbo da binge eating (BED)
- Disturbo della nutrizione o dell’alimentazione con altra specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell’alimentazione senza specificazione

Qui di seguito sono descritte brevemente le caratteristiche di questi DNA.

1.1.1 Pica

Il DSM-5 definisce il Pica come l’ingestione persistente di sostanze non commestibili (sporczia, gesso, carta, capelli ecc.) per un periodo di almeno un mese, in individui di età superiore ai 18 mesi; prima di questa età potrebbe trattarsi solo di esplorazione infantile¹. Il Pica è considerato un disturbo neuropsichiatrico e del neurosviluppo, spesso legato a carenze

nutrizionali, come quelle di ferro. Quando questo disturbo alimentare si manifesta in concomitanza con disturbi mentali, come la disabilità intellettiva o i disturbi dello spettro autistico, richiede ulteriori analisi cliniche.

1.1.2 Disturbo da ruminazione

Il disturbo da ruminazione, secondo il DSM-5, è caratterizzato dal rigurgito ricorrente di cibo per un periodo di almeno un mese, senza che ci sia una condizione medica sottostante come, ad esempio, il reflusso gastroesofageo². Questo comportamento ha conseguenze gravi sulla salute, causando malassorbimento dei nutrienti, perdita di peso e malnutrizione. Il rigurgito cronico può danneggiare lo smalto dei denti, causare acidità di stomaco, e causare infiammazioni e lesioni delle mucose della bocca e dell'esofago.

1.1.3 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

L'ARFID è caratterizzato dall'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo e si presenta in tre sottotipi: i) apparente mancanza di interesse verso il cibo, ii) avversione a determinati cibi per le loro caratteristiche sensoriali, e iii) paure delle conseguenze negative dell'alimentazione³.

Questo disturbo può provocare significative perdite di peso, deficit nutrizionali e dipendenza da nutrizione enterale o integratori nutrizionali. L'ARFID sembra essere più frequente negli uomini. Disturbi di questo tipo molto spesso si sovrappongono a disturbi di alterazioni del neurosviluppo portando la selettività alimentare anche in altri ambiti, come accade per esempio nei disturbi dello spettro autistico. In molti casi questa selettività non provoca danni allo sviluppo psicofisico dei pazienti perché mantiene un introito calorico adeguato; tuttavia, in un piccolo sottogruppo l'alimentazione selettiva è stata osservata compromettere in modo significativo la crescita e lo sviluppo. L'ARFID si sviluppa più comunemente nell'infanzia ma può persistere fino all'età adulta. Spesso i bambini con ARFID si presentano irritabili e difficili da consolare, con il potenziale di compromettere la relazione genitore-bambino contribuendo

ai problemi alimentari, o addirittura aggravarli. Per poter diagnosticare questo disturbo è necessaria la presenza di uno dei tre sottotipi indicati sopra e non deve esserci una disfunzione dell'immagine corporea ed attenzione per il peso.

1.1.4 Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa, secondo il DSM-5, è caratterizzata da i) restrizione volontaria dell'assunzione di cibo rispetto al fabbisogno, con conseguente significativa perdita di peso corporeo; il peso risulta inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, a quello minimo previsto; ii) paura intensa di ingrassare, o comportamenti che impediscono l'aumento di peso; iii) alterazione della percezione del proprio corpo e dell'autostima legata al peso corporeo, insieme alla persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo. Recentemente è stato eliminato il criterio "amenorrea", in quanto questo termine è stato ritenuto dal DSM-5 discriminante per tutte le situazioni ad esordio precoce nonché per tutti i casi maschili.

Esistono due sottotipi di anoressia nervosa: con restrizioni o con abbuffate seguite da condotte di eliminazione. Nel primo tipo, l'individuo non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate o condotte di eliminazione (come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o diuretici) durante gli ultimi tre mesi, e la perdita di peso è ottenuta tramite la restrizione alimentare, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo. Il secondo tipo comprende invece la presenza di episodi di abbuffate e condotte di eliminazione nei tre mesi precedenti alla diagnosi.

L'insorgenza di anoressia avviene tipicamente durante l'adolescenza, ma può manifestarsi anche precocemente (prima dello sviluppo puberale) o in modo tardivo (dopo i 40 anni). Per le cause, si ipotizza una genesi multifattoriale: su fattori predisponenti (genetici), responsabili di una maggiore suscettibilità individuale al disturbo, agiscono fattori precipitanti (anche precoci) ed una volta che la malattia ha avuto inizio, viene mantenuta nel tempo grazie a fattori

perpetuanti. La prognosi prevede che *ca.* il 50 % dei pazienti raggiunga la remissione completa, mentre *ca.* il 20 % resta cronico¹.

Molto spesso l'anoressia nervosa è associata a comorbidità come disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità e disturbi correlati a sostanze (soprattutto nel tipo con abbuffate/condotte di eliminazione). La conseguente condizione di malnutrizione può dare gravi conseguenze fisiche come amenorrea, mani e piedi freddi, cute e capelli secchi, svenimento e vertigini, alterazioni elettrolitiche, osteoporosi, bradicardia, ipotensione e disturbi gastrointestinali. I pazienti che soffrono di anoressia nervosa presentano una distorsione della propria immagine corporea ed una eccessiva influenza del peso sull'autostima. La perdita di peso è un fattore di mantenimento del disturbo perché permette di controllare l'ansia del peso, è seguito da rinforzi positivi dall'ambiente sociale, e produce un senso di controllo. I livelli di severità dell'anoressia nervosa si basano sul BMI (Body Mass Index), come indicato nella

Tabella 1:

Tabella 1. Livello di severità dell'anoressia nervosa

Livello di severità		
Lieve:	BMI	> 17 kg/m ²
Moderato:	BMI	16-16.99 kg/m ²
Severo:	BMI	15-15.99 kg/m ²
Estremo:	BMI	< 15 kg/m ²

1.1.5 Bulimia nervosa

Secondo il DSM-5, la bulimia nervosa è caratterizzata da ricorrenti episodi di abbuffate seguite da condotte compensatorie per evitare l'aumento di peso. L'episodio di abbuffata è caratterizzato dal mangiare, in un determinato periodo di tempo, quantità di cibo che sono

significativamente maggiori rispetto a quelle che mangerebbe una persona sana nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili, seguite da un senso di mancanza di controllo sull'alimentazione durante l'episodio. Gli episodi compensatori per prevenire l'aumento del peso sono vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici, digiuno o esercizio fisico eccessivo. Le abbuffate e condotte compensatorie si verificano entrambe almeno una volta alla settimana per tre mesi. La bulimia nervosa è anche caratterizzata dalla preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo, oltre alla vergogna con ricadute negative sull'autostima. Le singole abbuffate in genere avvengono in risposta a situazioni stressanti, o a emozioni negative, ed in solitudine. Vengono consumati prevalentemente alimenti che normalmente vengono evitati ma che sono molto desiderati. I livelli di severità della bulimia nervosa si basano sul numero di episodi compensatori, come indicato nella **Tabella 2**:

Tabella 2. Livello di severità della bulimia nervosa

Livello di severità	
Lieve:	una media di 1-3 episodi compensatori inappropriati a settimana
Moderato:	una media di 4-7 episodi compensatori inappropriati a settimana
Severo:	una media di 8-13 episodi compensatori inappropriati a settimana
Estremo:	una media di 14 o più episodi compensatori inappropriati a settimana

La diagnosi differenziale tra bulimia nervosa e anoressia nervosa del tipo con abbuffate e condotte di eliminazione si basa sul peso corporeo. In molti casi, i pazienti che soffrono di questo disturbo sono individui che, come per l'anoressia nervosa, sono fortemente influenzati da fattori psicologici e sociali. Il giudizio estetico e la bassa autostima hanno un'elevata importanza nello sviluppo e nel mantenimento di questo disturbo. Normalmente però, i pazienti

che ne soffrono non sono così riconoscibili in quanto, agli occhi degli altri, il peso corporeo può rimanere entro i limiti normali rendendo il disturbo più difficile da individuare.

Le comorbidità della bulimia nervosa sono i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi correlati al consumo di sostanze, e i disturbi di personalità soprattutto borderline. Come per l'anoressia, anche nella bulimia nervosa ci sono molte complicanze dovute ai comportamenti disfunzionali come ipo-potassiemia, alterazioni del ritmo cardiaco, lesioni allo stomaco e alla gola, così come nel cavo orale ed irregolarità mestruali. La cronicità degli episodi bulimici e l'alternanza tra abbuffate e comportamenti di eliminazione comportano un deterioramento significativo della qualità della vita.

1.1.6 Disturbo da binge-eating (BED)

Secondo il DSM-5, il disturbo da binge-eating è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate, e si distingue dalla bulimia nervosa per l'assenza di condotte eliminatorie del cibo ingerito⁴. Le abbuffate sono costituite dal mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo che è oggettivamente più elevata di quella che la maggior parte delle persone mangerebbero nello stesso periodo di tempo in circostanze simili, e da un senso di mancanza di controllo sull'alimentazione (ad esempio la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o controllare ciò che si sta mangiando). Gli episodi di abbuffata sono caratterizzati da tre (o più) dei seguenti comportamenti: i) mangiare molto più rapidamente del normale, ii) mangiare fino a sentirsi eccessivamente sazi, iii) mangiare quantità elevate di cibo anche quando non si sente fame, iv) mangiare da soli perché ci si vergogna per quanto si sta mangiando, v) sentirsi disgustati da sé stessi, depressi o colpevoli dopo l'abbuffata, vi) è presente un disagio elevato legato alle abbuffate, vii) le abbuffate si verificano almeno una volta a settimana per tre mesi. I livelli di severità del binge-eating si basano sul numero di episodi compensatori, come illustrato nella **Tabella 3**:

Tabella 3. Livello di severità del binge-eating

Livello di severità	
Lieve:	1-3 episodi di abbuffata a settimana
Moderato:	4-7 episodi di abbuffata a settimana
Severo:	8-13 episodi di abbuffata a settimana
Estremo:	14 o più episodi di abbuffata a settimana

1.1.7 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

Questa categoria include casi in cui l'individuo presenta sintomi caratteristici di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano un disagio clinicamente significativo o anche disagio sociale e lavorativo. Questi disturbi non soddisfano i criteri per alcuna delle classi precedentemente descritte. Questa classificazione è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare le ragioni per cui non rispetta i criteri, al fine di inserirla in una categoria già specificata. Questo viene fatto inserendo "altri disturbi alimentari o alimentari specificati" seguiti dal motivo specifico (ad esempio, "bulimia nervosa a bassa frequenza").

1.1.8 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Anche questa categoria di DNA include casi i cui sintomi sono tipici dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che causano disagi a livello clinico, sociale o lavorativo, ma non soddisfano pienamente i criteri per alcuna delle classi sopra descritte. Viene usata in situazioni in cui il medico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non rientrano in un disturbo specifico, includendo anche quei casi in cui non ci sono abbastanza informazioni per fare una diagnosi specifica.

1.1.9 DNA e sport

I DNA sono particolarmente diffusi nel mondo dello sport, soprattutto in discipline, quali la ginnastica, la danza, il bodybuilding, il power-lifting e gli sport di combattimento, in cui il peso

corporeo ed il suo controllo sono parametri critici. Questo accade perché gli atleti di queste discipline sono sottoposti a pressioni emotive e fisiche al fine di mantenere un determinato peso corporeo e una certa forma fisica per massimizzare le prestazioni sportive, e sono quindi più vulnerabili allo sviluppo di questi disturbi.⁶ Questi disturbi, insieme all'allenamento eccessivo, possono portare a sviluppare la "Relative Energy Deficiency Syndrome" (Sindrome da carenza energetica relativa), chiamata anche RED-s, un termine che è stato sviluppato partendo dalla "Triade dell'atleta". Quest'ultima colpisce principalmente le atlete, soprattutto quelle che sono coinvolte in sport dove è richiesto un peso corporeo specifico, elevati livelli di magrezza e intensi allenamenti. È caratterizzata da: i) una scarsa disponibilità energetica, dovuta ad uno squilibrio tra dispendio ed apporto energetico che causa conseguenze anche sulla prestazione sportiva, può derivare da disordini alimentari veri e propri (come anoressia e bulimia nervosa) o semplicemente da abitudini alimentari restrittive, consapevoli o inconsapevoli; ii) disfunzioni mestruali come amenorrea causata dalla ridotta disponibilità energetica; iii) diminuzione della massa ossea causata dalla bassa disponibilità energetica e dalla disfunzione mestruale, portando ad una riduzione dei livelli di estrogeni che possono portare a osteopenia (ridotta massa ossea) o osteoporosi (massa ossea estremamente bassa che può portare ad un rischio di fratture)⁷. Diversi studi hanno dimostrato che sia le atlete femmine che gli atleti maschi agonisti hanno un tasso maggiore di incidenza di sviluppare disturbi del comportamento alimentare rispetto ai non atleti^{6,8}. È stato suggerito che i tratti di personalità che sono richiesti per essere un buon atleta agonista sono molto simili a quelli che troviamo in soggetti che soffrono di DNA (ad esempio, il perfezionismo nell'anoressia nervosa, anche se non è stata trovata una correlazione diretta con lo sviluppo di questo disturbo e tale perfezionismo)⁸. È risultato anche che le differenze esistenti sia nel genere maschile che femminile dipendono principalmente dal tipo di sport e dal livello a cui viene praticato; questo dimostra che gli atleti che partecipano a competizioni agoniste in sport estetici o con categorie di peso sono molto più soggetti a sviluppare DNA ed

a sperimentare cali di peso più significativi rispetto a quelli che gareggiano in sport di squadra (es. pallavolo, calcio, ecc.)^{6,8}.

Le atlete che partecipano a sport non estetici/senza categoria di peso hanno riportato una minore insoddisfazione corporea e una minor ricerca di magrezza rispetto alle non atlete. Al contrario, in quelle che partecipano a sport estetici o a sport con categorie di peso, questi aspetti sono molto superiori rispetto alle non atlete. È anche evidente l'insorgenza di comportamenti bulimici⁶. Gli atleti maschi che gareggiano in sport sensibili al peso hanno riportato una maggior pressione nell'essere magri, una prevalenza di DNA rispetto ad altri atleti e ai non atleti, maggior vincoli a livello alimentare e una predisposizione a sviluppare comportamenti bulimici⁸. Per quanto riguarda l'insoddisfazione corporea non ci sono vere e proprie differenze tra gli atleti e i non atleti.

Attualmente, non ci sono molti studi che correlino l'insorgenza dei DNA con la pratica sportiva. Tuttavia, le ricerche condotte finora indicano che gli sport di élite, dove il peso corporeo e la forma fisica rappresentano criteri fondamentali di valutazione, sono tra i principali fattori che contribuiscono allo sviluppo di questo disturbo.

Gli atleti di queste discipline potrebbero trarre vantaggio da una corretta educazione alimentare, nonché da interventi di prevenzione e trattamento dei disturbi alimentari lungo l'intero arco della loro carriera sportiva. Pertanto, il coinvolgimento attivo degli allenatori all'interno delle organizzazioni e società sportive potrebbe favorire una diagnosi più tempestiva, una prevenzione più efficace e un trattamento adeguato di tali disturbi⁷.

2. OBIETTIVO DELLA TESI

L'obiettivo di questa Tesi di Laurea è stato quello di esaminare, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo a un campione di allenatori (coaches) e il loro livello di conoscenza riguardo ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). L'analisi delle risposte è stata condotta con l'intento di individuare possibili strategie per migliorare la gestione e il trattamento dei DNA negli atleti che praticano discipline sportive particolarmente esposte e vulnerabili a questo tipo di disturbi.

3. METODI

3.1 Disegno dello studio

Lo studio è stato progettato come uno studio osservazionale trasversale. Il questionario utilizzato nella ricerca è stato realizzato tramite Google Forms accessibile al seguente link: <https://forms.gle/Cwuli5dCQtoK53so6> . Google Forms è una piattaforma che consente di raccogliere dati in maniera rapida, chiara e personalizzabile. La scelta di Google Forms è stata anche motivata dalla sua facilità d'uso e dalla possibilità di garantire l'anonimato dei partecipanti, aspetto cruciale per il rispetto della privacy.

3.2 Progettazione e somministrazione del questionario

Il questionario è stato somministrato attraverso la piattaforma social Instagram. È stato progettato con l'intento di raccogliere informazioni approfondite sulle conoscenze e l'esperienza degli allenatori riguardo ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e il disformismo corporeo, in discipline sportive per cui il peso corporeo e la forma fisica sono parametri di valutazione, come il bodybuilding, la danza, la ginnastica artistica e ritmica, gli sport da combattimento e il powerlifting. Le domande hanno mirato ad esplorare il grado di consapevolezza degli allenatori su queste problematiche, la loro preparazione nell'affrontarle e il supporto che forniscono a questi atleti.

La scelta di utilizzare la piattaforma social Instagram è stata motivata dalla possibilità di raggiungere un pubblico mirato, composto da allenatori di discipline sportive specifiche, garantendo una diffusione rapida, ampia ed efficace. Il contatto con i potenziali partecipanti tramite messaggi diretti ha facilitato la distribuzione del questionario e aumentato le probabilità di ottenere risposte.

La procedura ha previsto l'invio del link al questionario tramite un messaggio diretto accompagnato da una breve spiegazione in cui si chiedeva la disponibilità a partecipare alla ricerca sui DNA nello sport, condividendo la propria esperienza attraverso le risposte. In ogni

messaggio venivano chiariti gli obiettivi dello studio sottolineando l'assoluta anonimità del questionario, per garantire la riservatezza e incoraggiare risposte oneste e prive di timori di giudizio (Figura 1).

Figura 1. Titolo e spiegazione dell'obiettivo del questionario



Il questionario ha incluso sia quesiti demografici come “età”, “genere” ed “esperienza sportiva” per inquadrare i partecipanti, che quesiti specifici legati alla pratica professionale e alla percezione dei DNA. Sono state poste anche domande relative alla disciplina sportiva insegnata ed al ruolo dell’allenatore, al fine di comprendere al meglio il contesto operativo e verificare se gli allenatori svolgessero attività al di fuori delle loro competenze.

Una parte fondamentale del questionario ha riguardato la conoscenza dei DNA, con domande come “Indica le caratteristiche dell’anoressia nervosa” oppure “Indica le caratteristiche della bulimia nervosa” volte a valutare le competenze teoriche degli allenatori su questi disturbi. Altre domande hanno esplorato le competenze pratiche nella gestione degli atleti sensibili, chiedendo ad esempio quanto ritengano importante indirizzare questi individui verso figure professionali come psicologi o dietisti, o quali strategie adotterebbero per garantire

un ambiente sicuro e di supporto per l'atleta, e se saprebbero comportarsi in modo adeguato nei suoi confronti. Infine, il questionario ha indagato la frequenza con cui gli allenatori si confrontano con queste problematiche, con domande come “Con quale frequenza affronti atleti con problematiche alimentari o dismorfismo corporeo?” e “Quali segnali o comportamenti ti portano a sospettare la presenza di tali disturbi?”. Altre domande hanno riguardato il contesto agonistico, esplorando la presenza di queste problematiche durante le competizioni.

L'insieme di queste domande ha permesso di ottenere un quadro dettagliato sull'esperienza e la percezione degli allenatori riguardo ai DNA, evidenziando l'eventuale necessità di formazione aggiuntiva e di un maggior supporto per promuovere un ambiente sportivo sano e inclusivo.

È stata posta particolare enfasi sull'importanza della partecipazione per ottenere una comprensione più approfondita delle problematiche legate ai DNA nel contesto sportivo e sul ruolo cruciale degli allenatori nel rilevare e gestire tali situazioni. Grazie alla distribuzione tramite Instagram, è stato possibile raccogliere un ampio numero di partecipanti coinvolti nelle seguenti discipline sportive: i) bodybuilding, ii) powerlifting, iii) danza, iv) ginnastica artistica e ritmica, v) sport da combattimento.

Questo metodo ha inoltre semplificato la partecipazione, consentendo ai destinatari di accedere al questionario direttamente dai loro dispositivi mobili, agevolando il processo di compilazione.

3.3 Partecipanti

I criteri di inclusione considerati sono stati: i) allenatori e atleti coinvolti in sport con categorie di peso o sport estetici, ii) età dei partecipanti pari o superiore a 18 anni e iii) compilazione completa dei questionari anonimi. Le variabili demografiche raccolte hanno compreso la data di nascita, il sesso e lo sport insegnato.

Gli allenatori sono stati consultati riguardo a i) variabili demografiche, ii) esperienza con atleti con diagnosi di DNA, iii) esperienza con atleti con sospetti DNA, iv) conoscenza dei principali criteri diagnostici per l'identificazione dei DNA, e v) comportamenti adottati in presenza di un sospetto caso di DNA.

I criteri di esclusione sono stati: i) età inferiore ai 18 anni e ii) allenatori di sport di squadra e di resistenza.

3.4 Analisi statistica

L'analisi statistica dei dati ottenuti è stata fatta utilizzando le formule di Microsoft Excel. Sono state calcolate le analisi descrittive come la media, la deviazione standard, percentuali e frequenze.

4 RISULTATI

I dati raccolti sono stati analizzati con l'obiettivo di identificare tendenze generali, lacune nelle conoscenze e differenze nelle esperienze degli allenatori in base allo sport insegnato. Particolare attenzione è stata rivolta a come gli allenatori gestiscono situazioni in cui sospettano la presenza di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione o di disformismo corporeo, e alle strategie adottate per garantire un ambiente sicuro e salutare per gli atleti.

Il numero totale di partecipanti è stato di 97, anche se non tutti hanno risposto ad ogni singola domanda. L'analisi dei risultati ha permesso di comprendere come gli allenatori percepiscano la necessità di una formazione adeguata e specifica su questi temi e se ritengano importante monitorare l'alimentazione degli atleti.

Le prime domande si sono concentrate sulla raccolta di dati demografici, come età e genere, oltre al livello di esperienza sportiva degli allenatori coinvolti nello studio. Queste informazioni sono state utili per delineare il profilo dei partecipanti e contestualizzare in modo accurato le risposte successive. Qui di seguito sono illustrati i risultati dei dati raccolti per ogni singola domanda.

La prima domanda ha riguardato l'età dei partecipanti, che ha mostrato un intervallo compreso tra i 19 e i 48 anni. La distribuzione è risultata pressoché omogenea, con un picco maggiore tra i 23 e i 33 anni. In particolare, si sono osservati tre picchi significativi: uno intorno ai 25 anni (12.6 %), uno intorno ai 28 anni (10.5 %) ed un terzo intorno ai 33 anni (7.7 %). La media d'età dei partecipanti è risultata di 28 anni con una deviazione standard di 5.

La seconda domanda ha riguardato il genere dei partecipanti (**Grafico 2**). Su 97 persone che hanno deciso di partecipare 96 hanno risposto. La maggioranza (74 %) si identifica come maschio ed il restante 26 % come femmina.

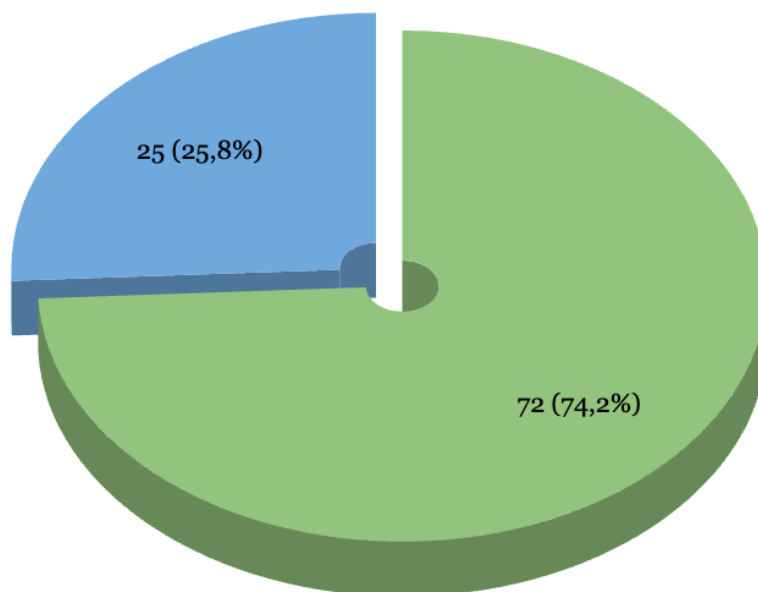


Grafico 2. Risposte alla domanda riguardo il genere dei partecipanti. **Azzurro:** femmine; **verde:** maschi.

La domanda successiva ha riguardato il livello di esperienza sportiva, misurato su una scala da 1 a 10, dove 1 corrisponde a “principiante” e 10 a “esperto”. Come mostrato nel **Grafico 3**, le risposte si sono concentrate sui livelli più alti di esperienza. Il 42.3 % dei partecipanti ha indicato un livello 8, seguito dal 26.8 % che ha selezionato il livello 10, il secondo gruppo più numeroso. Il livello 7 è stato selezionato dal 13.4 %, ed il livello 9 dal 10.3 % dei partecipanti.

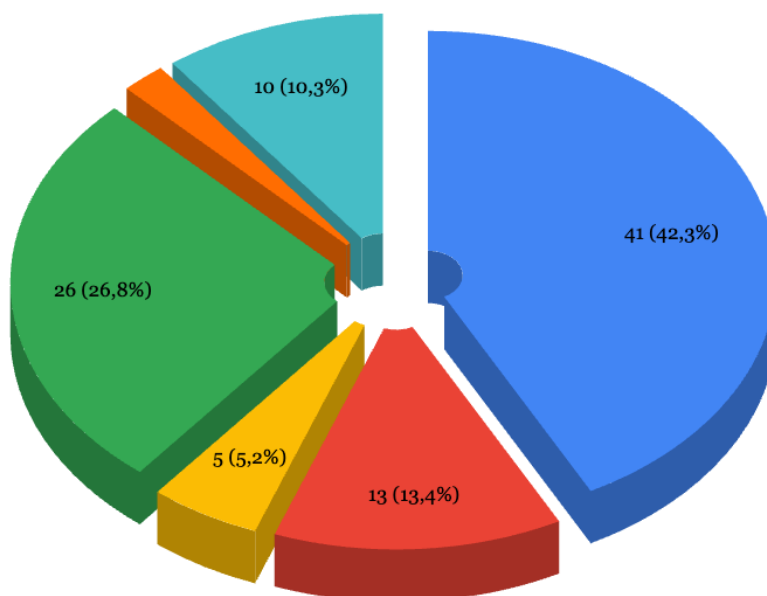


Grafico 3. Risposte alla domanda riguardo il livello di esperienza sportiva. **Blu:** livello di esperienza sportiva 8; **verde:** livello di esperienza sportiva 10; **rosso:** livello di esperienza sportiva 7; **azzurro:** livello

di esperienza sportiva 9; **giallo**: livello di esperienza sportiva: 6; **arancione**: livello di esperienza sportiva 5.

La quarta domanda riguardava lo sport insegnato dai partecipanti. Dal **Grafico 4** emerge una netta prevalenza di allenatori di powerlifting (74.2 %). Al secondo posto si trovano gli allenatori di bodybuilding (56.7 %), suggerendo una possibile sovrapposizione di competenze tra powerlifting e bodybuilding. In minoranza figurano gli sport da combattimento (5.2 %), la ginnastica artistica o ritmica (3.1 %) ed infine la danza (2.1 %).

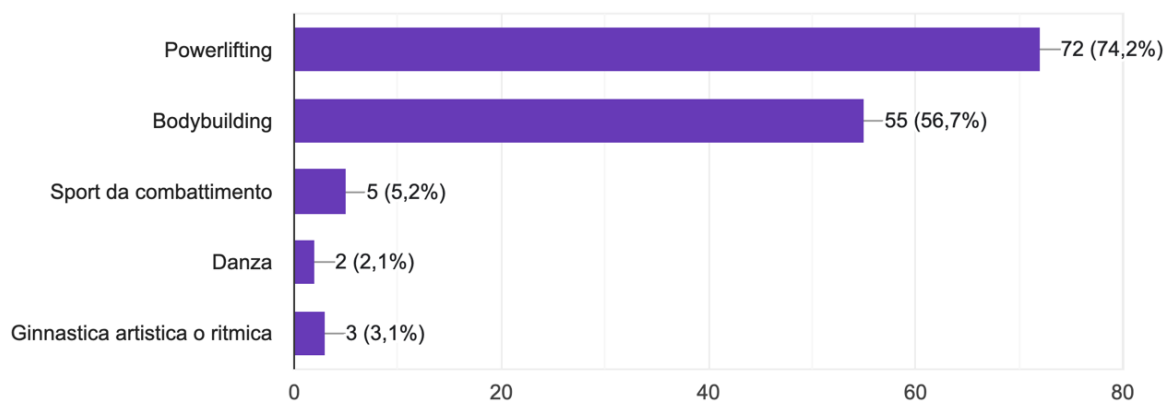


Grafico 4. Risposte alla domanda riguardo il tipo di sport insegnato.

La domanda successiva ha indagato l'identità dei partecipanti, chiedendo se questi fossero esclusivamente allenatori o anche atleti. Come mostrato nel **Grafico 5**, l'83.3 % dei rispondenti ha dichiarato di essere sia allenatori che atleti, mentre il restante 16.7 % sono soltanto allenatori.

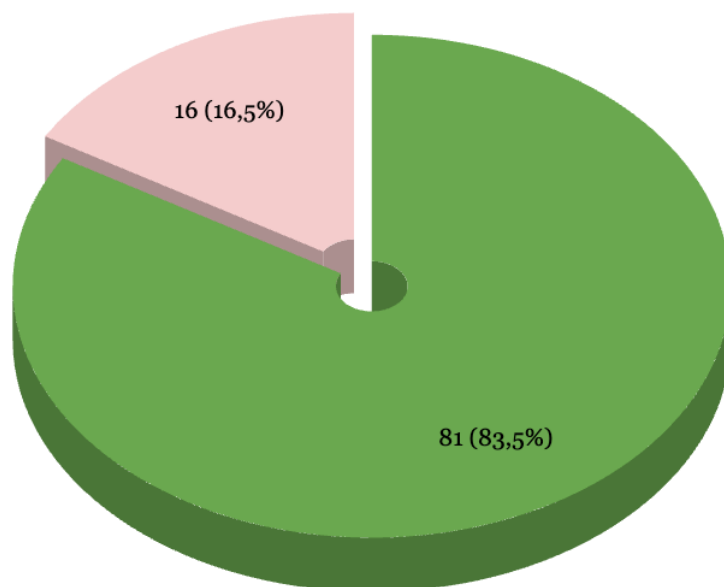


Grafico 5. Risposte alla domanda riguardo il ruolo dei partecipanti nell'ambito sportivo. Verde: Allenatore e atleta; rosa: solo allenatore.

Successivamente, è stato chiesto ai partecipanti da quanto tempo fossero attivi nel mondo dello sport. Come mostrato nel **Grafico 6**, le risposte sono state suddivise in tre categorie: meno di 5 anni, tra 5 e 10 anni, e più di 10 anni. La maggioranza (54.6 %) ha indicato un'esperienza compresa tra i 5 e i 10 anni, evidenziando una solida esperienza nel settore. Il secondo gruppo più numeroso comprende coloro che praticano da meno di 5 anni (24.7 %), mentre il restante 20.6 % ha oltre 10 anni di esperienza.

Una delle domande principali ha riguardato la comprensione del ruolo dell'allenatore, in particolare in situazioni che coinvolgono atleti sensibili a tematiche quali l'alimentazione e al disformismo corporeo. Questo quesito è stato proposto per verificare se i partecipanti al questionario fossero consapevoli dell'importanza del proprio ruolo di allenatori in tali situazioni. L'85.6 % dei rispondenti ha affermato di avere una chiara consapevolezza del proprio ruolo. Tuttavia, il restante 14.4 % ha indicato di non esserne altrettanto cosciente. Il risultato è illustrato nel **Grafico 7**.

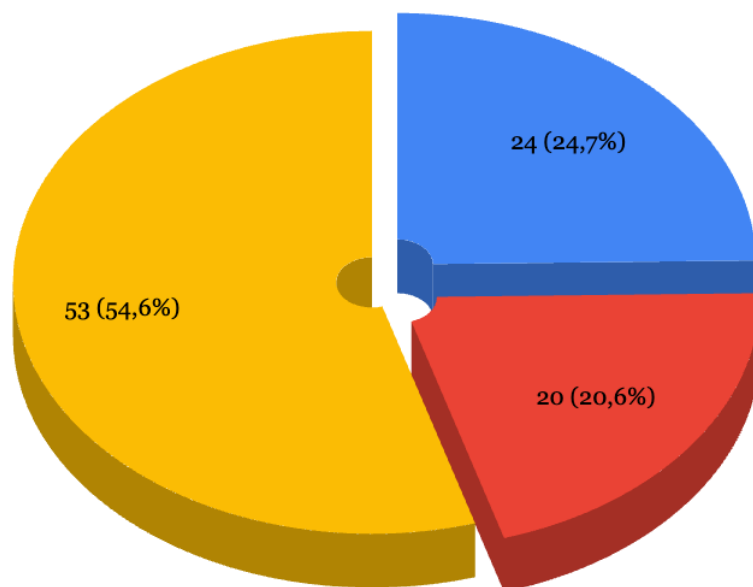


Grafico 6. Risposte alla domanda riguardo il periodo all'interno dell'ambito sportivo. **Giallo:** 5-10 anni; **blu:** <5 anni; **rosso:** >10 anni.

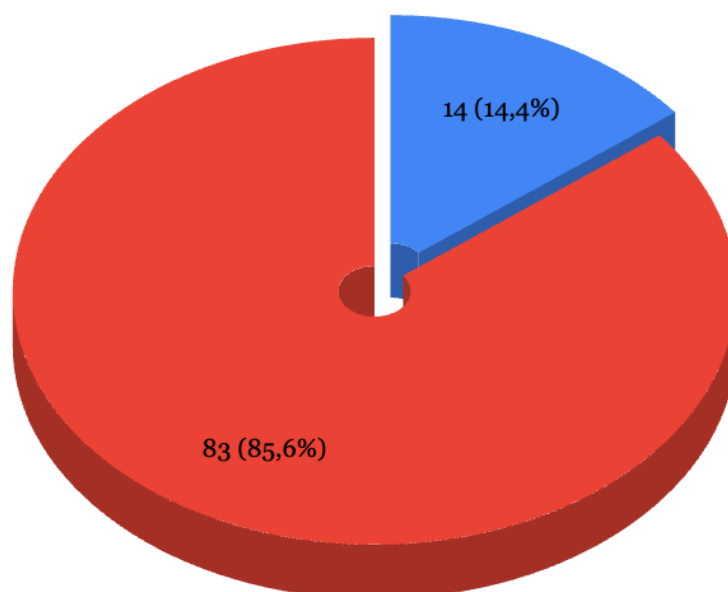


Grafico 7. Risposte alla domanda "Hai una chiara comprensione del ruolo del coach nello sport, specialmente quando si tratta di atleti sensibili all'alimentazione e al dismorfismo corporeo?". **Rosso:** sì; **blu:** no.

Proseguendo, sono state poste due domande mirate a valutare la conoscenza dei partecipanti delle caratteristiche distintive dell'anoressia nervosa (**Grafico 8**) e la bulimia nervosa (**Grafico 9**). Questi quesiti risultati fondamentali per valutare il livello di familiarità con i segni clinici dei DNA. Il **Grafico 8** mostra le risposte relative all'anoressia nervosa: il 77.3 % dei rispondenti

hanno selezionato l'opzione "restrizione calorica". Soltanto il 5.2 % ha indicato la risposta "sono presenti episodi di abbuffate", il 44.3 % ha correttamente selezionato l'opzione "possono essere presenti episodi di abbuffate". Le opzioni "paura di aumentare di peso" e "influenza del peso sull'autostima" sono state le più selezionate, con il 92.8 % che la ha indicate come caratteristiche centrali del disturbo, in accordo con il DSM-5. Interessante è stato osservare come il 64.9 % dei rispondenti abbiano selezionato il "basso peso corporeo" come aspetto caratteristico del disturbo. Inoltre, il 26.8 % dei partecipanti ha selezionato "sono presenti condotte di eliminazione", mentre il 59.8 % ha optato per "possono essere presenti condotte di eliminazione".

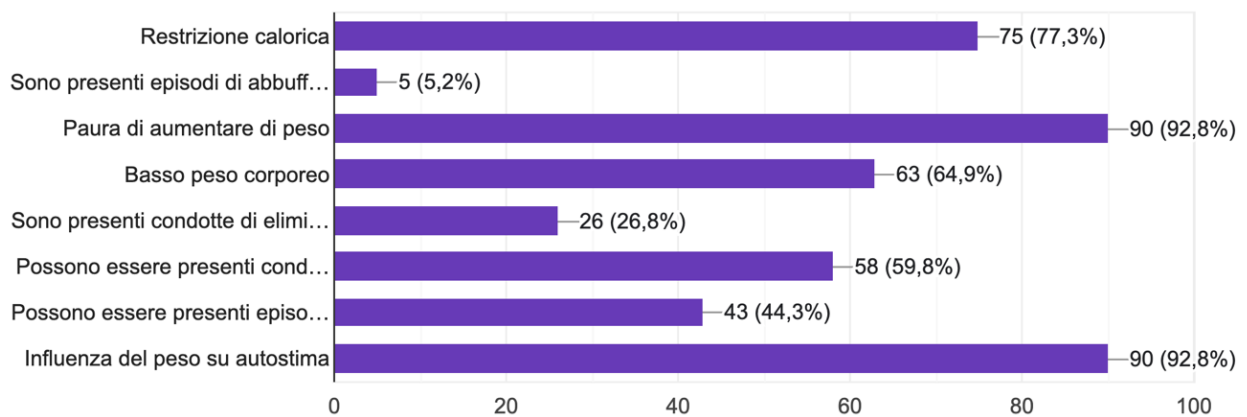


Grafico 8. Risposte alla domanda sulle caratteristiche dell'anoressia nervosa.

Il **Grafico 9** illustra i risultati della domanda "indica quali sono le caratteristiche che definiscono la bulimia nervosa". La prima opzione, "restrizione calorica", è stata selezionata dal 32.3 % dei rispondenti. La "paura di aumentare di peso" è stata selezionata dal 67.7 % dei rispondenti, un dato più in linea con i criteri del DMS-5. La risposta "peso corporeo basso" è stata selezionata dall'11.5 % dei partecipanti. La domanda su "influenza del peso sull'autostima", che è una caratteristica chiave di questo disturbo, è stata selezionata dal 78.1 % dei rispondenti. La risposta "sono presenti condotte di eliminazione almeno una volta a

settimana per tre mesi”, è stata selezionata dal 53.1 % dei partecipanti, mentre l’opzione “sono presenti episodi di abbuffate almeno una volta al mese per tre mesi” è stata selezionata dal 72.9 % dei partecipanti. Le ultime due opzioni, “sono presenti condotte di eliminazione solo una volta a settimana per un mese” e “sono presenti episodi di abbuffate solo una volta a settimana per un mese”, non soddisfano i criteri diagnostici del DSM-5 per questo disturbo, che richiedono una durata di almeno tre mesi. Si osserva come solo il 12.5 % ed il 15.6 % dei rispondenti hanno selezionato queste opzioni.

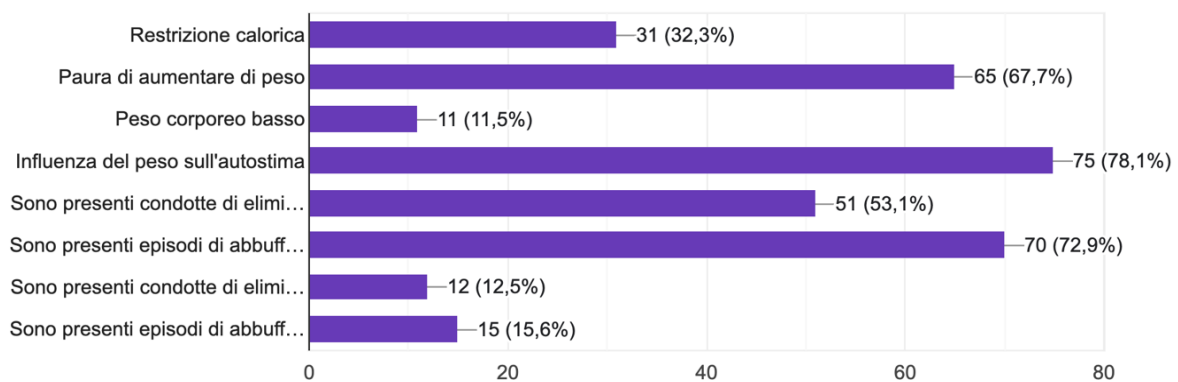


Grafico 9. Risposte alla domanda sulle caratteristiche della bulimia nervosa.

Il **Grafico 10** mostra i risultati della domanda “secondo te è importante indirizzare gli atleti verso altre figure professionali come dietisti o psicologi, quando necessario?”. Il 92.8 % dei partecipanti ha selezionato l’opzione “concordo a pieno”. Il restante 7.2 % ha risposto “concordo”, confermando l’importanza di questo approccio. Nessuno ha selezionato le opzioni restanti.

I **Grafici 11 e 12** mostrano le risposte dei partecipanti interrogati sulla loro conoscenza dei comportamenti necessari per affrontare un atleta sensibile all’alimentazione e con un rapporto alterato con il proprio peso o forma corporea, e se saprebbero quali strategie adottare in tali occasioni per garantire un ambiente ed un supporto adeguato. I risultati delle due domande sono

coerenti, con l'81.4 % e l'82.3 % dei rispondenti che hanno risposto affermativamente. Tuttavia, ben il 18.6 % ed il 17.7 % dei rispondenti ha dichiarato di non sapere come gestire tali situazioni.

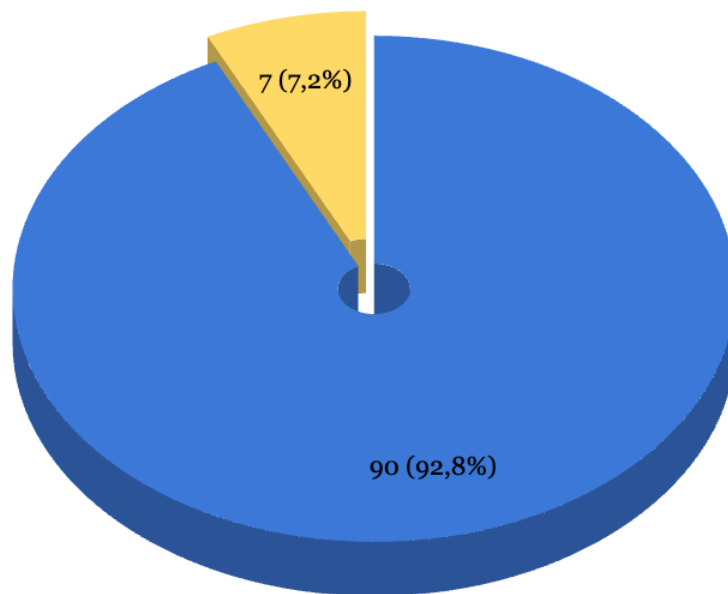


Grafico 10. Risposte alla domanda “Secondo te è importante indirizzare gli atleti verso altre figure professionali, come dietisti o psicologi, quando necessario?”. **Blu:** concordo a pieno; **giallo:** concordo. Nessuna delle altre opzioni è stata selezionata.

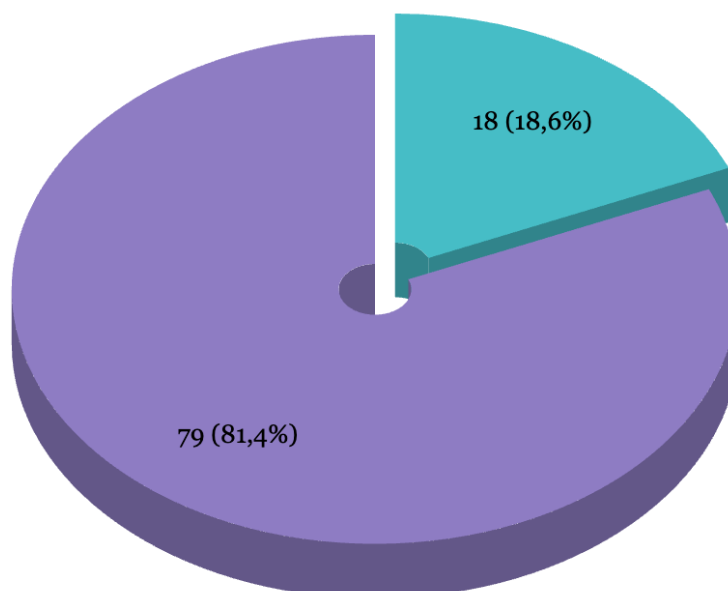


Grafico 11. Risposte alla domanda “Se ti venisse presentato un'atleta sensibile all'alimentazione e con un alterato rapporto con il proprio peso forma o forma del corpo, sapresti come comportarti?”. **Viola:** sì; **azzurro:** no.

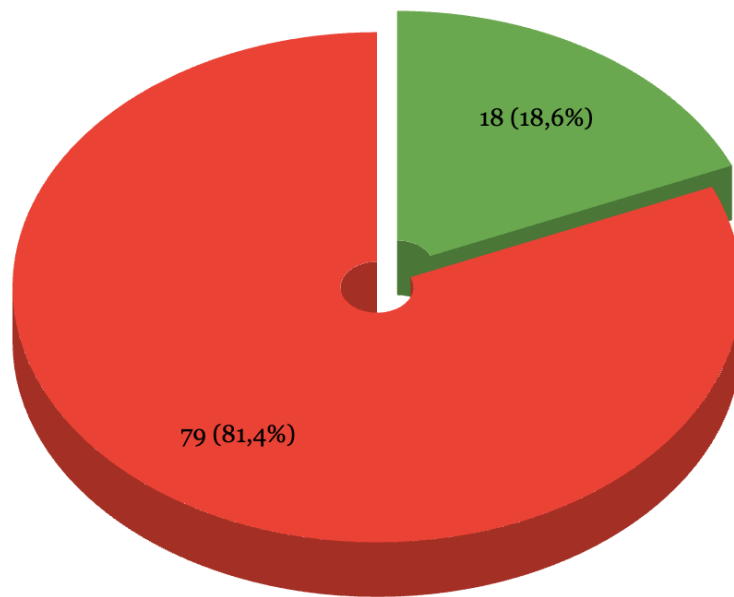


Grafico 12. Risposte alla domanda “Sapresti quali strategie adottare per garantire un ambiente sicuro e supportivo per l’atleta?”. Rosso: sì; verde: no.

Proseguendo nell’analisi delle risposte al questionario, è stata indagata la frequenza con cui gli allenatori si trovano a gestire atleti sensibili all’alimentazione e al disformismo corporeo. Dal **Grafico 13** emerge che solo il 9.3 % dei partecipanti si confronta frequentemente con questa tipologia di atleti, mentre il 16.5 % li incontra spesso. Il 40.2 % ha dichiarato di affrontare questi casi solo occasionalmente, mentre per il 30.9 % si tratta di situazioni molto rare.

Il **Grafico 14** esamina i segnali e i comportamenti che potrebbero indicare all’allenatore una sensibilità dell’atleta verso problematiche legate all’alimentazione. La risposta alla domanda “ti scrive in ansia per l’aumento di peso” è stata selezionata dall’83.5 % dei partecipanti, mentre la “ossessione per l’essere magri” è stata identificata dal 77.3 % degli allenatori. La risposta “non vuole prendere peso” è stata segnalata dal 70.1 % dei rispondenti, mentre quella relativa alla “bassa autostima” è stata considerata dal 69.1 % dei partecipanti. Le condizioni “pesarsi più volte al giorno” e “body check frequenti” sono state selezionate dal 68.0 % e 58.8 %, dei rispondenti, rispettivamente, indicando una buona consapevolezza, tra gli allenatori, di questi criteri diagnostici. Al contrario, le situazioni “pesarsi una volta al giorno” e “non vuole perdere

peso” sono state correttamente selezionate solo dal 19.6 % e 17.5 % dei partecipanti: questi, infatti, non sono comportamenti comuni tra gli atleti che soffrono di DNA.

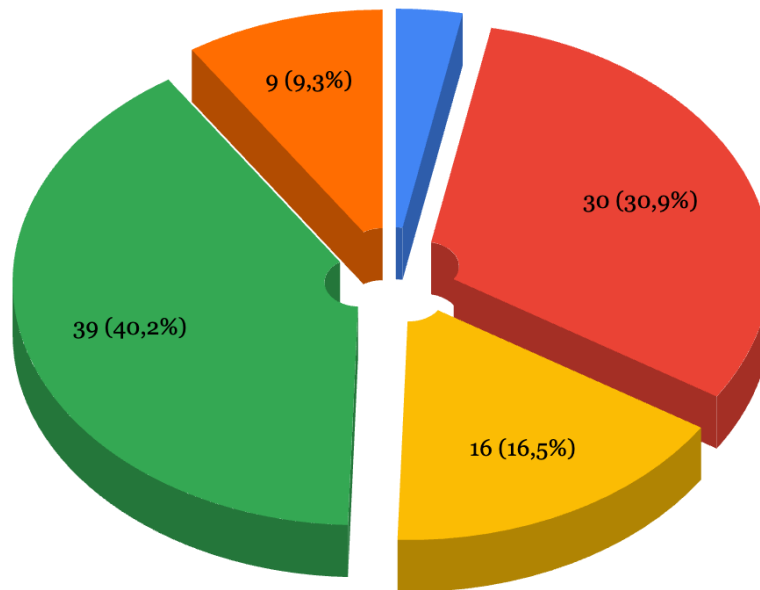


Grafico 13. Risposte alla domanda “Frequenza con cui gli allenatori si trovano ad affrontare atleti sensibili all’alimentazione e al disformismo corporeo”. Verde: qualche volta; rosso: raramente; giallo: spesso; arancione: frequentemente; blu: mai.

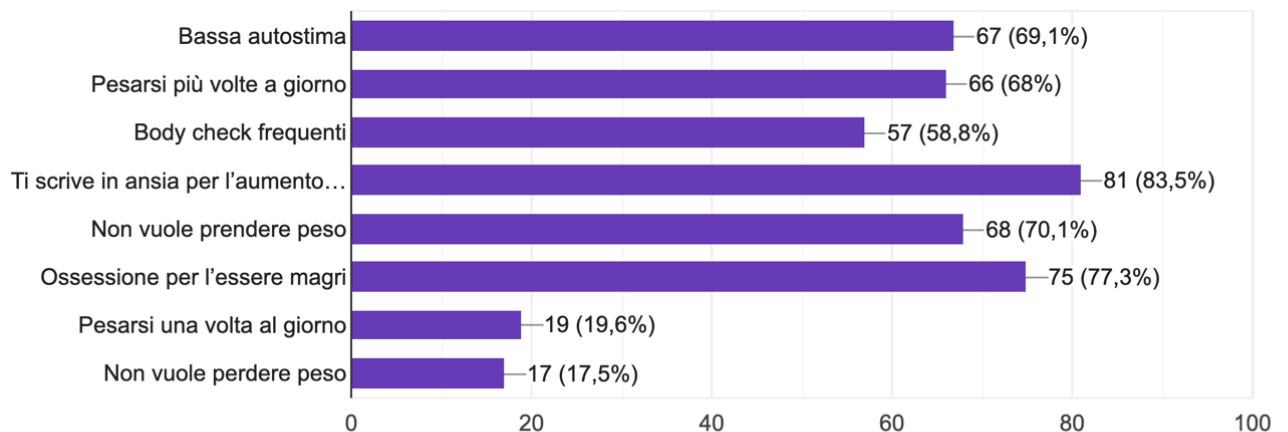


Grafico 14. Risposte alla domanda sui segnali o comportamenti che portano gli allenatori a sospettare di DNA.

Il **Grafico 15**, mostra i risultati alla domanda “se rilevassi i segnali di un disturbo alimentare o di disformismo corporeo in un atleta, come reagiresti?”. I dati mostrano che l’85.6 % di partecipanti ha dichiarato che indirizzerebbe l’atleta verso figure professionali, quali dietisti e/o psicologi. Tuttavia, il 14.4% ha affermato che preferirebbe gestire personalmente la situazione.

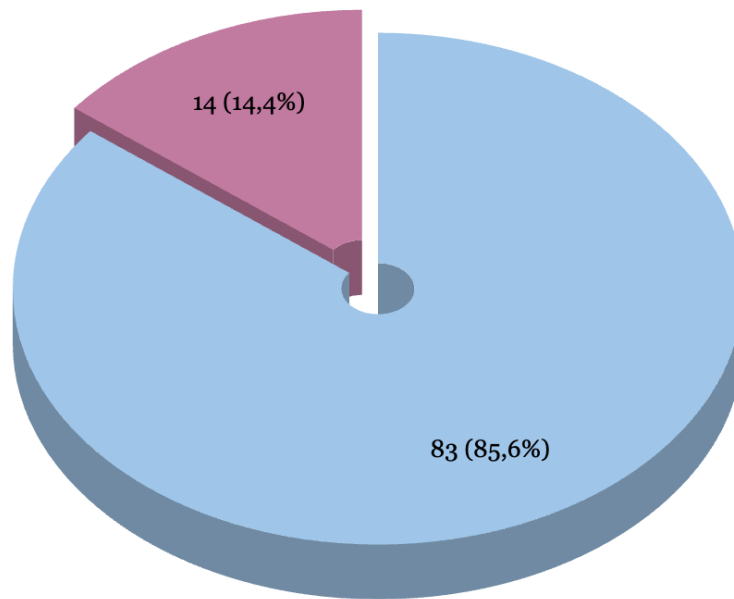


Grafico 15. Risposte alla domanda “Se rilevassi i segnali di un disturbo alimentare o di dismorfismo corporeo in un atleta, come reagiresti?”. **Azzurro:** lo indirizzerei verso altre figure professionali; **viola:** lo aiuterei personalmente. Nessuno ha selezionato l’ultima opzione.

Nella domanda successiva è stato chiesto ai partecipanti se sarebbero in grado di indirizzare l’atleta verso un team di professionisti specializzati nei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione qualora rilevassero segnali di tali problematiche. Le risposte, visibili nel **Grafico 16**, indicano che ben l’88.7 % degli allenatori ha risposto affermativamente, anche se più del 10 % ha dichiarato di non sapere come farlo.

Con la domanda 17 (**Grafico 17**), si è voluto esplorare quali figure professionali gli allenatori ritengano necessarie per il trattamento di atleti sensibili all’alimentazione e al disformismo corporeo. Il 62.9 % ha selezionato “psicologi, dietista e psicoterapeuta”. Il 33 % dei partecipanti ha indicato l’opzione “psicologo e dietista”. Solo il 4.1 %, ha selezionato l’opzione psicologo/psichiatra/psicoterapeuta, sottovalutando l’importanza del dietista e del medico nel percorso di cura dei DNA

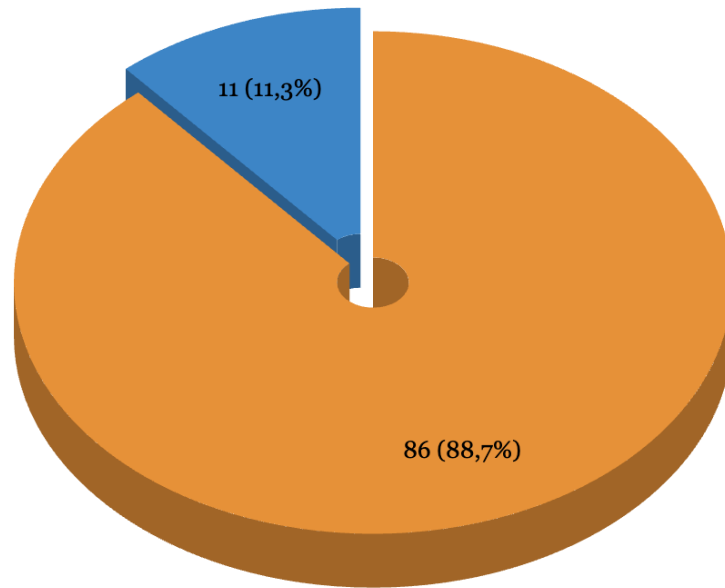


Grafico 16. Risposte alla domanda “Saresti in grado di indirizzare l'atleta verso un team di professionisti specializzati?”. **Arancione:** sì; **blu:** no.

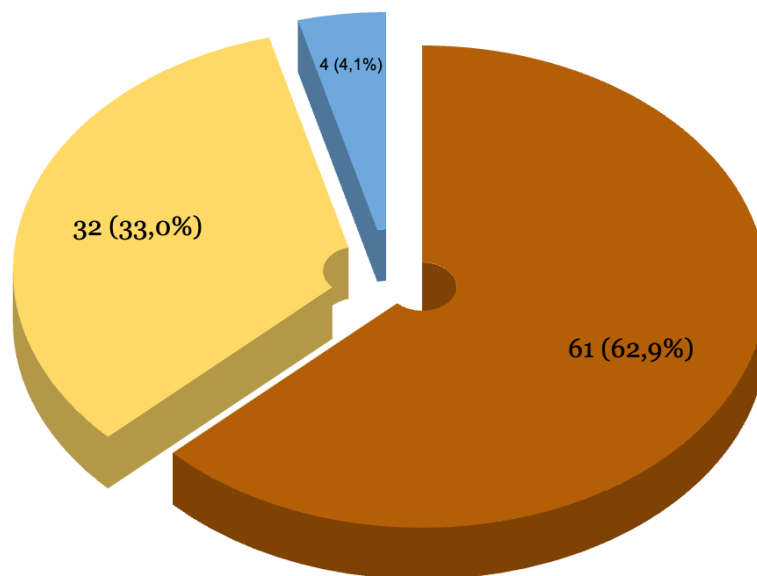


Grafico 17. Risposte alla domanda “Quali figure professionali servono per gestire gli atleti che soffrono di DNA?”. **Marrone:** psicologi, dietisti e psicoterapeuta; **giallo:** psicologo e dietista; **azzurro:** solo psicologo/psichiatra/psicoterapeuta. Nessuna delle altre opzioni è stata selezionata.

I dati illustrati nel **Grafico 18** riflettono i risultati della domanda posta agli allenatori che chiedeva se avessero mai ricevuto una formazione specifica sulla gestione di atleti sensibili all'alimentazione. È importante osservare che ben il 67 % degli intervistati ha risposto negativamente.

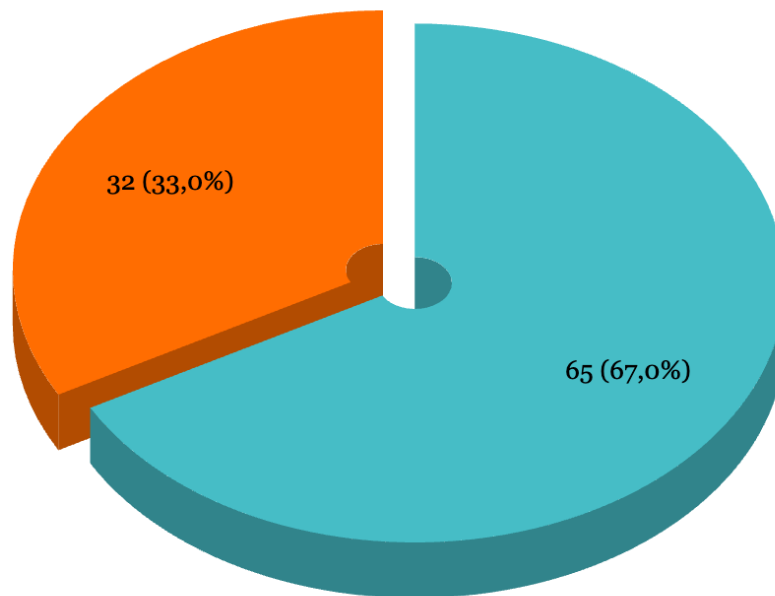


Grafico 18. Risposte alla domanda “Hai ricevuto formazione specifica sulla gestione degli atleti sensibili all'alimentazione e al dismorfismo corporeo?”. **Azzurro:** no; **arancione:** sì.

Il **Grafico 19** mostra i risultati della domanda “quanto è necessario un addestramento specifico per affrontare questa situazione?”. I dati raccolti mostrano che il 43.3 % degli intervistati ritengono estremamente necessaria una corretta formazione per il trattamento corretto e sicuro di atleti che soffrono di DNA, ed il 35.1 % lo ritiene “molto necessario”. Soltanto il 20.6% ritiene questa formazione “abbastanza necessaria”.

Il **Grafico 20** mostra le risposte alla domanda sulla frequenza con cui le preoccupazioni legate all'alimentazione e al disformismo corporeo sono presenti durante il periodo delle competizioni. Il 34.0 % dei rispondenti afferma che le preoccupazioni sono abbastanza frequenti, il 29.8 % ritiene questa situazione molto frequente, ed il 19.1 % non la considera molto frequente. È interessante notare come invece il 16.0 % degli allenatori consideri queste preoccupazioni estremamente frequenti, lasciando un solo allenatore che non ha mai riscontrato la presenza di queste problematiche durante il periodo gare.

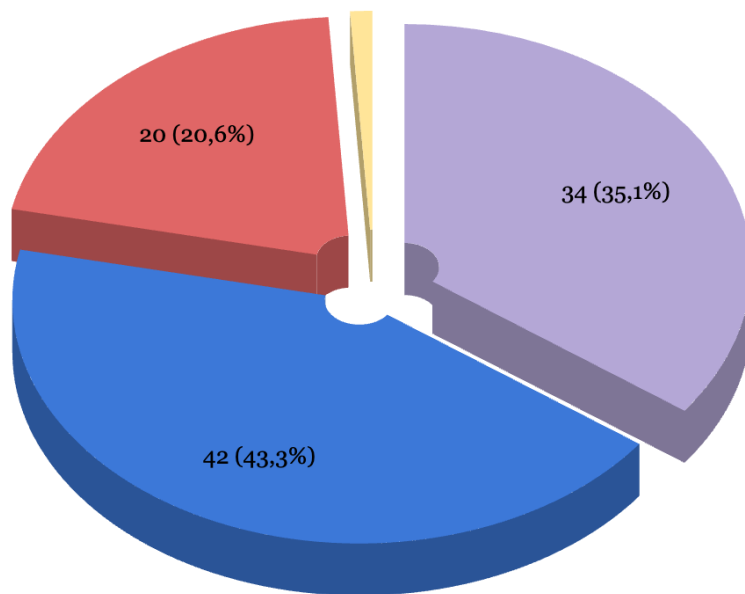


Grafico 19. Risposte alla domanda “Quanto ritieni che sia necessario un addestramento specifico per affrontare queste situazioni?”. **Blu:** estremamente necessario; **lilla:** molto necessario; **rosso:** abbastanza necessario; **giallo:** non tanto necessario. Nessuno ha selezionato l’ultima opzione.

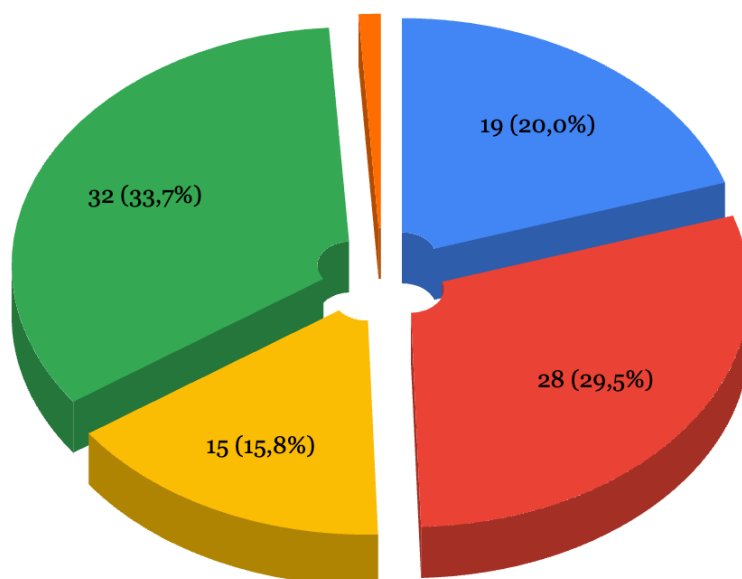


Grafico 20. Risposte alla domanda “Le preoccupazioni legate all'alimentazione e al dismorfismo corporeo sono frequentemente presenti durante il periodo delle competizioni?”. **Verde:** abbastanza; **rosso:** molto; **blu:** non tanto; **giallo:** estremamente; **arancione:** mai.

Il **Grafico 21** mostra le risposte alla domanda “hai mai avuto una esperienza diretta con atleti sensibili all'alimentazione e al disformismo corporeo?”. I risultati indicano che il 60.8 % dei

partecipanti ha effettivamente dovuto affrontare queste situazioni, una maggioranza significativa.

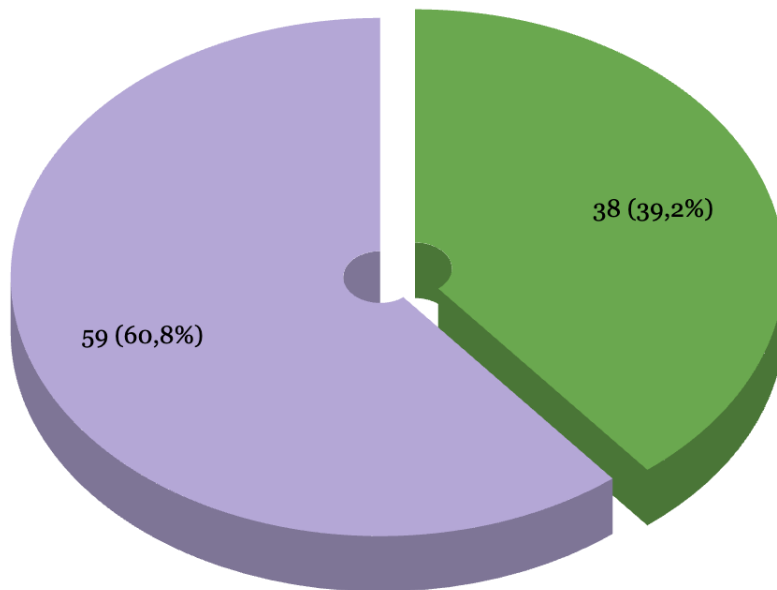


Grafico 21. Risposte alla domanda “Hai mai avuto una esperienza diretta con atleti sensibili all'alimentazione e al dimorfismo corporeo?”. Viola: sì; verde: no.

La domanda 22 invece, fa riferimento alla frequenza con cui gli allenatori si trovano a gestire atleti sensibili all'alimentazione durante il periodo delle competizioni (**Grafico 22**). I risultati indicano che il 41.5 % dei rispondenti hanno raramente dovuto affrontare questa situazione, il 26.6 % qualche volta, e il 16.0 % mai, lasciando il rimanente 11.7 % e 4.3 % che ha indicato, rispettivamente, “spesso” e “frequentemente”.

Il **Grafico 23** mostra i dati ottenuti ponendo la domanda “quanto influisce il periodo delle competizioni sulle preoccupazioni legate all'alimentazione e al corpo degli atleti?”. I risultati mostrano che la maggior parte dei partecipanti ritiene che le preoccupazioni legate all'alimentazione e alla forma fisica aumenti durante il periodo delle gare. Il 41.5 % dei rispondenti ha affermato che queste preoccupazioni influenzano abbastanza gli atleti, il 26.6 % “molto” e il 20.2 % “non tanto”. Solo il 10.6 % ritiene che queste preoccupazioni influenzino “estremamente” gli atleti mentre una piccola percentuale, solo l'1.1%, “per nulla”.

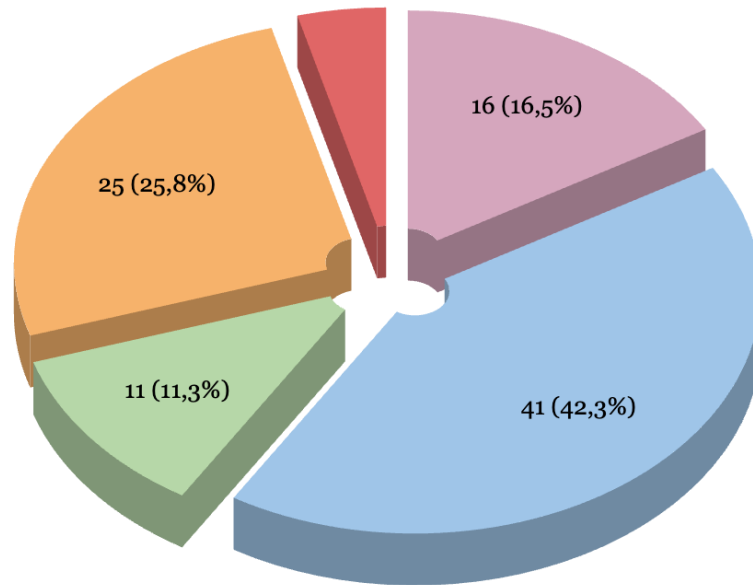


Grafico 22. Risposte alla domanda “Con quale frequenza ti trovi ad affrontare atleti sensibili all'alimentazione e al dimorfismo corporeo durante il periodo delle competizioni (pre gara, durante e post gara)?”. **Azzurro:** raramente; **giallo:** qualche volta; **rosa:** mai; **verde:** spesso; **rosso:** frequentemente.

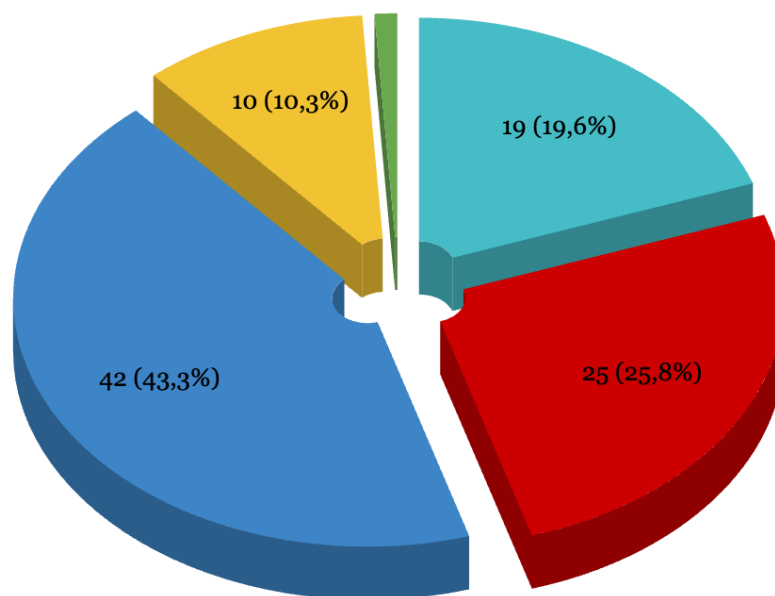


Grafico 23. Risposte alla domanda “Quanto influisce il periodo delle competizioni sulle preoccupazioni legate all'alimentazione e al corpo degli atleti?”. **Blu:** abbastanza; **rosso:** molto; **azzurro:** non tanto; **giallo:** estremamente; **verde:** per nulla.

Il **Grafico 24** mostra quanto frequentemente gli allenatori monitorano l'alimentazione dei propri atleti durante il periodo delle competizioni. Il 35.5 % ha affermato di monitorare spesso

questo aspetto, il 25.8 % lo fa “qualche volta”, il 18.3 % “sempre” e il 14 % “non tanto”. Solo il 6.5 % ha dichiarato di non monitorare “mai” la loro alimentazione durante le competizioni.

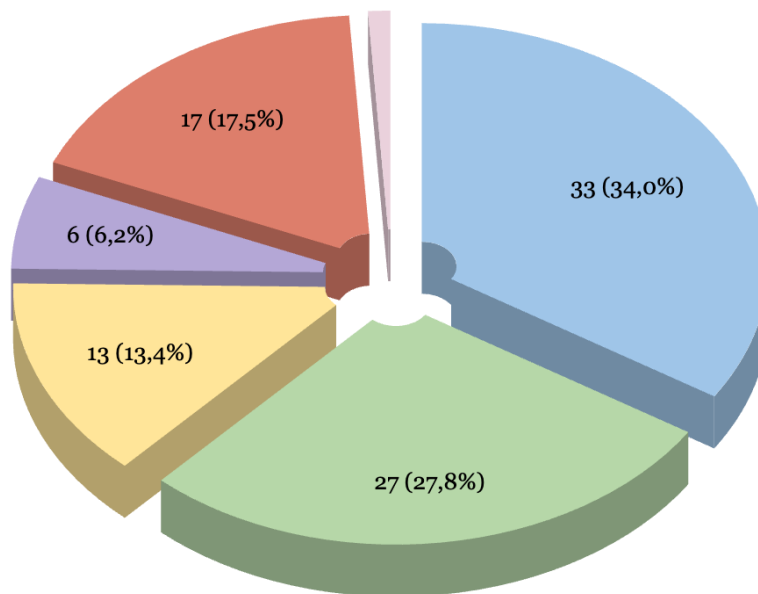


Grafico 24. Risposte alla domanda “Monitori attentamente l'alimentazione degli atleti durante il periodo delle competizioni?”. **Azzurro:** spesso; **verde:** qualche volta; **rosso:** sempre; **giallo:** non tanto; **viola:** mai; **rosa:** qualche volta.

Infine, con l’ultima domanda si è voluto indagare l’opinione degli allenatori intervistati circa l’importanza di attuare strategie proprie per garantire un ambiente sano. I risultati sono illustrati nel **Grafico 25** e mostrano che il 62.1 % dei rispondenti ha affermato di concordare pienamente con questo approccio, il 31.6 % concorda, il 4.2 % si mantiene neutrale indicando “né d’accordo né in disaccordo” ed infine solo il 2.1 % non concorda.

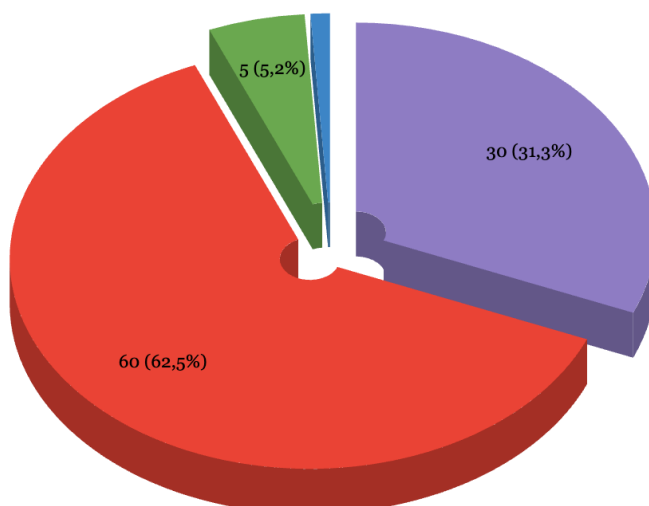


Grafico n.25. Risposte alla domanda “E’ importante attuare strategie proprie per garantire che gli atleti mantengano un rapporto sano con il cibo durante questo periodo?”. **Rosso:** concordo a pieno; **viola:** concordo; **verde:** né d’accordo né in disaccordo; **blu:** non concordo.

5. DISCUSSIONE

I risultati del questionario hanno evidenziato aspetti cruciali nella relazione tra allenatori e atleti, relativamente ai disturbi alimentari correlati alle attività sportive. In particolare, è stato ottenuto un quadro dettagliato sulle caratteristiche demografiche e professionali del campione intervistato che permetterà di elaborare strategie atte a migliorare comportamenti per limitare ed eventualmente eliminare l'insorgere di questi disturbi.

I primi aspetti che sono stati indagati riguardano l'aspetto demografico del campione. La maggioranza degli allenatori che ha partecipato allo studio è relativamente giovane, suggerendo una fase iniziale o intermedia della carriera e, quindi, un'apertura verso una formazione più approfondita e l'acquisizione di competenze specifiche. Inoltre, il campione ottenuto è composto prevalentemente da uomini, un dato comune negli sport inclusi nel questionario e che potrebbe influenzare la percezione e la gestione dei DNA.

Analizzando quindi il livello di esperienza, la maggioranza degli allenatori si percepisce come molto esperta nel proprio ambito, suggerendo una buona conoscenza dell'ambiente sportivo e, presumibilmente, delle dinamiche di gestione degli atleti. Inoltre, emerge una predominanza di discipline legate alla forza e all'estetica (come powerlifting e bodybuilding), in cui i DNA sono particolarmente rilevanti e in cui è dimostrato che sia atleti che non atleti praticanti questo genere di sport hanno riportato simili livelli di psicopatologia generale dei DNA spinta verso la magrezza, la restrizione e la perdita di controllo nel mangiare^{6,8}. È significativo notare che molti dei partecipanti al questionario vivono l'ambito sportivo sia come allenatori sia come praticanti, una situazione che può arricchire la loro comprensione delle problematiche legate alla nutrizione e all'immagine corporea, avendole potenzialmente vissute in prima persona. L'ultima domanda di questa prima parte del questionario, riguardante il tempo di attività nel settore sportivo, ha rivelato che la maggior parte degli allenatori ha tra 5 e 10 anni di esperienza, indice di una solida base professionale. Inoltre, una netta maggioranza (85.6 %)

dei rispondenti appare consapevole del ruolo dell'allenatore nella gestione di atleti sensibili ai DNA, anche se una porzione significativa (14.4 %) mostra lacune sull'importanza del proprio ruolo in queste situazioni, evidenziando il bisogno di ulteriore formazione o supporto per affrontare efficacemente queste problematiche.

Le successive due domande del questionario hanno avuto lo scopo di indagare le conoscenze dei partecipanti riguardo a due DNA specifici, quali l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, rilevando alcune discrepanze. Sebbene la maggior parte dei partecipanti abbia indicato correttamente le caratteristiche principali di questi disturbi, una percentuale significativa ha mostrato una certa confusione rispetto alla distinzione tra anoressia nervosa e bulimia nervosa. Molti rispondenti non hanno ben chiara l'esistenza dei due sottotipi di anoressia nervosa, che si distinguono per la presenza o l'assenza di condotte di eliminazione, una incertezza che potrebbe essere causata dalla sovrapposizione di sintomi tra anoressia nervosa e bulimia nervosa. Il fatto che il 59.8 % abbia selezionato "possono essere presenti condotte di eliminazione" suggerisce che molti riconoscono la possibilità che si presenti come sintomo, ma non li considerano una costante nel disturbo, indicando una comprensione parziale del fenomeno. Per quanto riguarda la bulimia nervosa, circa un terzo dei partecipanti (32.3 %) ha erroneamente selezionato come prima opzione "restrizione calorica", che non rappresenta una delle sue caratteristiche primarie. Inoltre, ben l'11.5 % ha indicato il "basso peso corporeo" come un sintomo della bulimia nervosa, quando invece i criteri del DSM-5 indicano come individui con questo disturbo presentino un peso normale o leggermente superiore rispetto alla norma. Una nota positiva è data dalla consapevolezza dell'importanza dell'influenza del peso e dell'aspetto fisico sull'autostima come fattore per la diagnosi corretta di questo disturbo. Inoltre, solo il 53.1 % dei rispondenti ha indicato la presenza di condotte di eliminazione, che si presentano almeno una volta a settimana per tre mesi, come una delle caratteristiche della

bulimia nervosa, rivelando una conoscenza largamente incompleta del disturbo nel campione esaminato.

L'analisi delle conoscenze dei partecipanti riguardo alle figure professionali appropriate per la gestione dei DNA e la loro capacità di guidare gli atleti verso specialisti qualificati ha evidenziato un aspetto molto positivo: il 62.9 % ha selezionato “psicologi, dietista e psicoterapeuta” come figure professionali fondamentali, allineandosi con le linee guida del DSM-5 che raccomandano lo psicologo per la gestione di aspetti quali la bassa autostima, la gestione dell'ansia ed il disformismo corporeo, il dietista per correggere le abitudini alimentari disfunzionali, e lo psichiatra come supporto per un trattamento completo dei DNA. Inoltre, circa il 92.8 % dei partecipanti ritiene essenziale indirizzare gli atleti verso figure professionali come dietisti o psicologi per affrontare problemi legati all'alimentazione, al disformismo corporeo o alla salute mentale. Il fatto che nessun allenatore abbia selezionato le opzioni restanti sottolinea un consenso pressoché unanime sull'importanza del coinvolgimento di esperti qualificati, confermando una diffusa consapevolezza della rilevanza del supporto professionale esterno per affrontare problematiche complesse come i DNA. Tale consapevolezza è in linea con le raccomandazioni del DSM-5, che sottolinea come i disturbi quali anoressia e bulimia nervose richiedano interventi specialistici che esulano dalle competenze degli allenatori. Emerge una discrepanza da cui si evince che un discreto numero di allenatori (il 14.4 %) preferirebbe gestire personalmente la situazione, in contrapposizione all'accordo generale sulla necessità di coinvolgere esperti emersa dall'analisi precedente. Tale apparente incongruenza suggerisce che, pur riconoscendo l'importanza dell'intervento di specialisti, alcuni allenatori si sentono comunque in grado di fornire un supporto diretto. Questa analisi evidenzia la necessità di rafforzare la consapevolezza sul ruolo fondamentale di un approccio multidisciplinare per garantire il benessere degli atleti.

L'analisi della frequenza con cui i partecipanti si confrontano con atleti che presentano problematiche legate ai DNA evidenzia che solo circa un terzo degli allenatori ha avuto modo di trattare queste situazioni, confermando quanto emerso dalla letteratura, suggerendo la necessità di aumentare la consapevolezza di queste situazioni di disagio nella comunità dei coaches.

Quando è stato chiesto poi ai partecipanti di indicare i segnali che li porterebbero a sospettare l'istanza di DNA negli atleti da loro seguiti, si evince come la maggior parte degli allenatori sia consapevole dei principali segnali d'allarme legati a questi disturbi. Infatti, tra tutti i sintomi più riconosciuti sono stati l'ansia legata al peso, l'ossessione per la magrezza e la bassa autostima, mentre comportamenti meno frequenti, come pesarsi quotidianamente, sono stati correttamente meno identificati come indicatori di tali problematiche. Questo risultato è particolarmente rilevante negli sport in cui il controllo del peso è centrale, suggerendo una buona capacità da parte degli allenatori di distinguere i segnali più rilevanti e di riconoscere sintomi potenzialmente problematici in contesti a rischio, come evidenziato più volte essere prettamente sport estetici e di forza^{6,8}.

I risultati hanno anche evidenziato un aspetto cruciale: le domande che miravano ad ottenere informazioni sulla formazione specifica ricevuta dai partecipanti riguardo alla gestione di atleti con DNA, e sulla loro opinione circa la necessità di ricevere tale formazione ha portato alla conclusione che i 2/3 degli allenatori non ha ricevuto una formazione adeguata a garantire un ambiente sicuro agli atleti con DNA, e che circa l'80 % di loro la ritiene "estremamente" o "molto" necessaria. Questo dato è particolarmente rilevante, poiché dimostra come, in ambiti sportivi e soprattutto per sport dove il controllo del peso e della forma fisica sono centrali, la formazione degli allenatori per la corretta gestione di atleti con DNA sia ampiamente insufficiente, specialmente in contesti agonisti dove la probabilità di sviluppare questo tipo di disturbi è più elevata^{6,8}.

Infine, il questionario ha esplorato i possibili cambiamenti nelle preoccupazioni legate all'alimentazione legati al periodo delle competizioni. I risultati indicano che la maggior parte degli allenatori riconosce questo periodo come un momento delicato, durante il quale aumentano ansie e preoccupazioni legate al corpo e all'alimentazione. Tali risultati evidenziano ulteriormente la necessità di indirizzare gli atleti verso professionisti qualificati per la gestione dei DNA e di offrire un supporto specifico durante le competizioni. Il DSM-5 sottolinea infatti che disturbi come l'anoressia e la bulimia nervosa sono influenzati dal contesto competitivo.

È infine emerso che molti allenatori monitorano personalmente l'alimentazione dei propri atleti. Questo dato è significativo perché suggerisce una scarsa chiarezza nel distinguere il ruolo dell'allenatore da quello di figure professionali specializzate, come i dietisti.

Questo studio ha mostrato un punto di forza molto importante: il punto di vista degli allenatori riguardo l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa nei rispettivi sport insegnati, fornendo diversi spunti di riflessioni. Ha portato a comprendere al meglio il comportamento effettivo che gli allenatori hanno nei confronti di queste problematiche, nonostante il pensiero di molti seguisse i criteri rappresentati nel DSM-5.

Nonostante gli innumerevoli suggerimenti che questo studio offre, ci sono diversi limiti: i) il campione è troppo piccolo per poter avere una visione chiara e ben strutturata del problema, ii) il questionario utilizzato è autoprodotta inserendo domande mirate e iii) sono stati intervistati solamente gli allenatori, quindi si potrebbe ampliare la ricerca anche ai pazienti portando un quadro completo con entrambi i punti di vista. In sintesi, lo studio offre una visione alternativa dei DNA all'interno dell'ambito sportivo contribuendo a fornire una maggior chiarezza su questo tema e proponendo possibili spunti per ricerche successive più ampie e strutturate.

6. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

In conclusione, i risultati del questionario elaborato ed analizzato in queste Tesi di Laurea evidenziano che la comprensione degli allenatori, soprattutto in discipline come il bodybuilding e il powerlifting, risulta parziale rispetto ad aspetti chiave dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Permangono inoltre incertezze su elementi specifici dei DNA, nonché sul ruolo professionale dell'allenatore rispetto a quello del dietista. Emerge quindi la cruciale necessità di una formazione più approfondita e specifica sui DNA per gli allenatori delle discipline considerate, al fine di promuovere il benessere e la sicurezza degli atleti.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Johnson BE. Pica. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990.
- (2) Chahuan J, Rey P, Monrroy H. Rumination syndrome. A review article. *Rev. Gastroenterol. Mex.* (Engl Ed). **2021**, *86*, 163-171.
- (3) Białek-Dratwa A, Szymańska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Szczepańska E, Kowalski O. ARFID-Strategies for Dietary Management in Children. *Nutrients* **2022**, *14*, 1739.
- (4) Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin N Am.* **2019**, *28*, 549-555.
- (5) Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* **2002**, *159*, 1284–1293.
- (6) Chapa DAN, Johnson SN, Richson BN, Bjorlie K, Won YQ, Nelson SV, Ayres J, Jun D, Forbush KT, Christensen KA, Perko VL. Eating-disorder psychopathology in female athletes and non-athletes: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* **2022**, *55*, 861-885.
- (7) Coelho AR, Cardoso G, Brito ME, Gomes IN, Cascais MJ. The Female Athlete Triad/Relative Energy Deficiency in Sports (RED-S). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* **2021**, *43*, 395-402.
- (8) Karrer Y, Halioua R, Mötteli S, Iff S, Seifritz E, Jäger M, Claussen MC. Disordered eating and eating disorders in male elite athletes: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc. Med.* **2020**, *6*, e000801.
- (9) Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur. J. Sport Sci.* **2013**, *13*, 499-508.
- (10) Wells KR, Jeacocke NA, Appaneal R, Smith HD, Vlahovich N, Burke LM, Hughes D. The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *Br. J. Sports Med.* **2020**, *54*, 1247-1258.