

A chi lotta in silenzio, a chi ha finito la voce per urlare il proprio dolore.

A Michela.

Al fiocchetto lilla.

INDICE

Abstract	Pag. 4
Introduzione	Pag. 5
Obiettivi	Pag. 17
Materiali e metodi	Pag. 18
Risultati	Pag. 20
Discussione	Pag. 69
Conclusioni	Pag. 71
Bibliografia	Pag. 73

ABSTRACT

Introduzione I disturbi del comportamento alimentare o DCA sono un insieme di patologie caratterizzate tutte da una alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il proprio peso corporeo e per le forme del corpo (Neale, J., & Hudon, L. D., 2020). Nonostante la letteratura sia ancora ridotta, emerge che il ruolo dell'infermiere è fondamentale nelle collaborazioni con altre figure specializzate.

Obiettivo Lo scopo di tale lavoro è di portare alla luce gli interventi infermieristici considerati più efficaci per l'assistenza dei soggetti affetti da DCA, indagando gli interventi utili al fine di migliorare l'adesione dell'assistito al trattamento e promuovendo l'alleanza terapeutica tra assistito e infermiere.

Materiali e Metodi Il metodo utilizzato è la revisione della letteratura per indagare quanto descrive la letteratura già esistente. La ricerca della letteratura è stata fatta soprattutto su Google Scholar, su Pubmed e sugli insegnamenti del professore di infermieristica sulla salute mentale, usando l'operatore booleano AND.

Discussione I risultati emergenti indicano la necessità da parte del personale infermieristico di garantire la normalizzazione dello schema alimentare e dell'esercizio fisico, controllando che non vengano messe in atto condotte compensatorie. L'obiettivo di cura si raggiunge grazie ad una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sul rispetto, con il fine di raggiungere l'obiettivo di cura (American Psychiatric Association, 2006).

Conclusioni Gli studi evidenziano l'assistenza personalizzata come il miglior metodo per instaurare un'alleanza terapeutica tra infermiere e paziente. Inoltre, è importante che l'assistito venga coinvolto in prima persona e istruito sulla condivisione degli obiettivi a lungo e a breve termine, rivolgendosi anche ai genitori.

Parole chiave nursing; nursing and eating disorder; nursing interventions; feeding and eating disorders; eating disorders; anorexia nervosa; anorexia nervosa and nursing; bulimia nervosa; bulimia nervosa and nursing; binge eating disorder; binge eating disorder and nursing; adolescents; adolescent; effective nursing care; nurse-patient relation; therapeutic relationship; nurse role.

Capitolo 1: Introduzione

Negli ultimi anni il mondo soprattutto occidentale ha visto un'esplosione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), colpendo soprattutto la popolazione giovane. Essi sono patologie caratterizzate da un'alterazione dei comportamenti alimentari e da una eccessiva preoccupazione per il proprio corpo, in particolare per il proprio peso e per le proprie forme (American Psychiatric Association).

È quindi difficile per chi ne soffre mantenere un peso corporeo adeguato e anche una visione non alterata del proprio corpo. Proprio perché l'ideale di perfezione non esiste e non può essere raggiunto, i DCA si associano anche ad altri disturbi mentali come i disturbi d'ansia, dell'umore e i disturbi ossessivo-compulsivi. Altre volte sono questi stessi disturbi a far ammalare di DCA (ISSalute, 2019).

La scelta di assumere determinati alimenti può generare uno stato d'ansia talmente alto nella persona da portarla a mettere in atto comportamenti compensatori o eliminatori, quali l'induzione al vomito, l'esercizio fisico estremo, l'uso di lassativi e diuretici (Ministero della Salute, Salute della donna, 2023).

Il 15 marzo si festeggia ogni anno la "Giornata Del Fiocchetto Lilla" per sensibilizzare e riflettere sui disturbi dell'alimentazione che vengono tenuti silenti e nascosti e che si sviluppano tra i giovani più vulnerabili. Infatti, pochissime persone riescono a chiedere aiuto e a farsi seguire da soggetti specializzati. La maggior parte di coloro che ne soffrono tendono a tenere nascosto il problema, a sottovalutarlo o addirittura a negarlo. (Walsh, O., & McNicholas, F., 2020) Il controllo della propria vita è un fattore molto importante nelle persone affette da questo disturbo che porta ad un costante perfezionismo con sensi di colpa che destabilizzano la routine quotidiana, paure non logiche che paralizzano il soggetto, soprattutto riguardanti il cibo ed il corpo, un perenne stato di ansia accompagnato alla depressione ed intense preoccupazioni che interessano il presente ed il futuro e che sono spesso lo strascico di eventi passati traumatizzanti e stressanti (Angela Guarda, M.D., 2023).

L'aumento della richiesta delle cure e l'epidemiologia indicano l'aumento dell'incidenza della bulimia e dell'anoressia nervosa con un totale pari a circa due milioni di giovani che soffrono di DCA. Principalmente la prevalenza dell'anoressia

nervosa è di 0,2%-0,8% e della bulimia nervosa di 1%-2%. L'anoressia nervosa colpisce una fascia di età tra i 14 e i 19 anni, mentre la bulimia colpisce una fascia di età meno giovane (Barbara E. Wolfe, Julie P. Dunne, Meredith R. Kells, 2003).

Secondo l'APA, American Psychiatric Association, i DCA sono più comuni nel sesso femminile con un rapporto tra maschi e femmine di 1:6 e 1:10. Inoltre, i DCA hanno una mortalità molto alta tra i disturbi psichiatrici, con l'anoressia nervosa che ha un tasso di mortalità del 10%-20% (APA, 2006).

Inoltre, per considerare il paziente in maniera olistica è bene prendere in considerazione anche il nucleo familiare intorno cui egli si orienta, coinvolgendo caregivers o genitori nel trattamento ed educandoli sull'approccio alla malattia.

Un altro grande disagio è rappresentato dal rapporto con la bilancia: un rapporto alquanto contraddittorio in quanto il paziente tende a pesarsi quotidianamente più volte al giorno ma ha un profondo senso di terrore nei suoi confronti (Kathleen Peterson, Rebecca Fuller, 2019).

È fondamentale anche porre attenzione ad un possibile rischio di suicidio, soprattutto nelle persone con anoressia nervosa. Infatti, è fondamentale il modo in cui viene sostenuto ed accompagnato il paziente stesso durante la permanenza in un contesto di cura, sia che sia un contesto ospedaliero che un centro specializzato per DCA. L'infermiere ha un ruolo primario nell'assistenza e nell'intermediazione con l'equipe che deve essere multidisciplinare e quindi formata anche da psichiatri, nutrizionisti, dietisti e psicologi (Kathleen Peterson, Rebecca Fuller, 2019).

C'è un marcato pregiudizio sui DCA, i quali vengono considerati spesso dalle persone comuni come un "capriccio" per raggiungere la magrezza e la perfezione. Infatti, essi non considerano l'anoressia una patologia mentale e credono che i DCA siano volontari. Di conseguenza, chi ne soffre ha l'attitudine a vergognarsi a rivelare il proprio disagio e a sottoporsi ad un trattamento (Dimitropoulos et al., 2016).

L'eziologia è multifattoriale, di solito associata al passaggio dall'infanzia alla vita adulta con cambiamenti fisici e ormonali che caratterizzano la pubertà. I principali fattori di rischio che accrescono la probabilità di sviluppo di un DCA sono:

- Storia familiare con persone con disturbi dell'alimentazione, depressione o abuso di sostanze;
- Critiche ricorrenti sulle proprie abitudini alimentari, sull'aspetto fisico e sul peso corporeo;
- Eccessiva attenzione alla magrezza, soprattutto se combinata a mestieri come ballerini, modelle o atleti o con la pressione sociale;
- Personalità ossessiva, disturbi d'ansia, bassa autostima, tendenza al perfezionismo;
- Esperienze traumatizzanti, come abusi fisici e psicologici o la morte di una persona cara;
- Relazioni difficili con la famiglia, gli amici o i colleghi;
- Situazioni molto stressanti al lavoro, a scuola o all'università.

I fattori ambientali sono molteplici e possono essere precoci o tardivi. Se sono precoci i fattori di rischio interferiscono con le prime fasi di sviluppo, con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress (Kathleen Peterson, Rebecca Fuller, 2019).

Secondo l'ultima edizione del 2013 del DSM-5 le principali categorie sono:

- Anoressia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge eating disorder (BED)
- Disturbo alimentare evitante o restrittivo
- Ruminazione
- Pica

Soprattutto la ruminazione e la pica possono svilupparsi nell'infanzia.

Anoressia nervosa: l'anoressia nervosa è una delle forme più diffuse tra i DCA e quella con una mortalità più alta. Essa insorge tra i 14 e i 18 anni con una dieta ipocalorica e molto restrittiva, dove ci si impongono regole decise e molto ferree. Esso, infatti, è un disturbo caratterizzato da un grave calo ponderale ottenuto grazie ad una dieta restrittiva

e a volte associato ad attività fisica compulsiva e all'uso di diuretici o lassativi per controllare il proprio peso corporeo. Il DSM-5 distingue due tipi di anoressia nervosa: quella restrittiva e quella purgativa o di binge eating. Nella prima i pazienti raggiungono la perdita di peso primariamente con le diete e/o con l'eccessiva attività fisica; nella seconda i pazienti si autoinducono il vomito e prendono lassativi o diuretici. La restrizione alimentare spesso è dovuta alla paura di prendere peso e all'eccessivo controllo delle proprie forme fisiche, ma può anche derivare da un processo psicologico come il desiderio di autopunirsi o la competitività. Perciò l'iponutrizione porta a delle gravi conseguenze a livello endocrino, metabolico e corporeo. I sintomi psicologici associati sono depressione, ansia, ossessioni, irritabilità, sbalzi del tono dell'umore, difficoltà di concentrazione, perdita di interesse e isolamento sociale. L'indice di massa corporea, ovvero il valore biometrico definito dalla formula massa corporea (Kg) / statura (m²) è di solito inferiore a 18,5 (ISSalute, 2019). Vi è un'alterazione della visione della propria forma fisica, la quale sembra essere molto più formosa rispetto alla realtà. Anche l'acqua viene talvolta eliminata, pur non essendo calorica, per evitare l'aumento del peso. Per questo motivo non è da sottovalutare la coesistenza di un disturbo ossessivo-compulsivo, riguardante spesso il controllo dell'introito calorico. Anche il controllo delle forme fisiche può essere svolto in maniera ossessiva, attraverso la misurazione delle mani di alcune parti del corpo come le gambe o come i polsi e le braccia. Un altro sintomo tipico dell'anoressia è l'amenorrea, ovvero la scomparsa del ciclo mestruale, che avviene quando il peso corporeo è troppo basso. Si possono avere anche irregolarità mestruali, o la continua percezione di freddo con estremità del corpo pallide per l'inadeguata circolazione sanguigna, bradicardia, aritmie cardiache e riduzione della pressione arteriosa. Vi sono anche disturbi del sonno poiché il ritmo sonno-veglia subisce modifiche. Si può andare incontro anche a osteopenia, osteoporosi e ad un'alterazione della crescita, poiché la massa magra viene meno. Possono insorgere anche problematiche del tratto gastro-intestinale con problemi alla digestione, costipazione e stipsi. I segnali che potrebbero far capire se una persona soffre di anoressia nervosa sono:

- Saltare i pasti, mangiare molto poco o eliminare del tutto alcune categorie di cibi
- Contare in maniera ossessiva le calorie dei cibi e passare ore nei supermercati a controllare le etichette nutrizionali

- Alzarsi immediatamente da tavola per andare a vomitare
- Assumere farmaci anoressizzanti, come diuretici e lassativi
- Pesarsi continuamente
- Guardarsi allo specchio continuamente
- Avere problemi fisici come vertigini o capogiri, perdita di capelli e pelle secca
- Avere un peso corporeo almeno il 15% al di sotto del peso medio per età, sesso e altezza.

Possono associarsi anche bassa autostima, abuso di alcool e comportamenti autolesionistici.

I fattori di rischio sono una combinazione di fattori comportamentali, genetici, biologici, psicologici, ambientali e culturali. I fattori biologici includono:

- Genere femminile
- Una storia di diete
- Un membro della famiglia a cui è stato diagnosticato un DCA o un disturbo mentale

I fattori psicologici includono:

- Disturbo ossessivo-compulsivo e inflessibilità comportamentale
- Manie di perfezionismo
- Mancata soddisfazione dell'immagine corporea
- Ansia e/o depressione

I fattori ambientali o culturali includono:

- Immersione in una cultura in cui la magrezza è un valore
- Partecipazione alla danza, a fare il modello, al wrestling, alla ginnastica o ad altre attività che incoraggiano la magrezza
- Bullismo
- Un limitato uso di social networks

Alcuni studi hanno stimato un'ereditabilità tra il 33% e l'84% (Kathleen Peterson, Rebecca Fuller, 2019).

Un altro segnale è il cambio di pressione ortostatica che si modifica decrescendo anche di 20mmHg dopo essersi rialzati dalla posizione clinostatica. La malnutrizione può cambiare le funzioni neuro cognitive a causa dell'atrofia della materia grigia e bianca. Inoltre, l'anoressia nervosa agisce anche sul sistema respiratorio, includendo anomalie nelle funzioni polmonari e potenziale pneumotorace spontaneo.

Le indicazioni per l'ospedalizzazione sono:

- Una media del 75% del BMI per età e genere
- Disidratazione
- Disturbi elettrolitici, come iponatriemia, ipokaliemia e ipofosfatemia
- Anormalità all'ECG, come l'intervallo QT prolungato o severa bradicardia
- Instabilità fisiologica, come ipotensione, severa bradicardia o ipotermia
- Arresto della crescita
- Trattamento infruttuoso
- Rifiuto di cibo acuto
- Binge eating e modalità purganti incontrollabili
- Complicanze mediche acute della malnutrizione, come sincopi, crisi epilettiche, arresto cardiaco e pancreatiti
- Comorbilità psichiatriche o fisiche che proibiscono o limitano il trattamento appropriato, come grave depressione, ideazioni suicidarie e diabete di tipo 1

La restrizione calorica è solo la punta di un iceberg, che va a nascondere emozioni interne, le quali non si sanno gestire altrimenti.

Durante il trattamento acuto, gli individui con anoressia nervosa tendono a focalizzarsi su pensieri, sentimenti e comportamenti rispetto al peso corporeo. (Kathleen Peterson, Rebecca Fuller, 2019).

Bulimia nervosa: la bulimia nervosa è una grave malattia mentale caratterizzata dall'introduzione di elevate quantità di cibo seguite da comportamenti compensatori di eliminazione. Il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi sono oltre il 90% delle condotte di eliminazione nella bulimia nervosa. L'incidenza è di 1%-3% di adolescenti, di cui il 90% dei casi sono di sesso femminile. La bulimia nervosa ha una mortalità simile all'anoressia nervosa, ovvero del 18%-20%. È più comune nelle donne

caucasiche di età compresa tra i 14 e i 40 anni. Il rapporto tra femmine e maschi è da 10:1 a 20:1 (Philip S., Mehler, M.D., 2003). Per fare una diagnosi, i comportamenti eliminatori devono essere messi in atto due volte alla settimana per almeno tre mesi. Di solito il cibo viene introdotto in maniera vorace entro due ore, avendo la sensazione di star perdendo il controllo (APA, 2014). Tutto ciò porta ad anomalie elettrolitiche, alcalosi o acidosi metabolica, elevata amilasi sierica. Segni e sintomi oggettivi sono:

- Perdita di smalto dentale, carie e denti scheggiati
- Salivazione, specialmente della parotide, con ingrossamento della ghiandola
- Ferite e cicatrici sul dorso delle mani
- Miopatie cardiache e scheletriche
- Amenorrea o irregolarità mestruale

La sensazione durante l'abbuffata è di voler smettere senza riuscirci (Jacquelin R. Dichter, Jayne Cohen, Phyllis M. Connolly, 2002).

Vi è una prognosi peggiore se il soggetto va incontro ad impulsività, depressione e disturbi di personalità come la personalità borderline, narcisistica e antisociale. Le complicanze mediche possono essere orali, gastrointestinali, elettrolitiche, endocrine. La pelle del dorso della mano va incontro ad erosione a causa del vomito autoindotto. Alle persone con questo disturbo va spiegato che i trattamenti psicologici hanno un effetto limitato sul peso corporeo (APA, 2014). Gli obiettivi del trattamento indicati sono:

- Ridurre e, ove possibile, eliminare gli episodi bulimici e il vomito;
- Trattare le complicanze fisiche della bulimia nervosa;
- Migliorare la motivazione del paziente a recuperare una sana alimentazione;
- Aiutare il paziente a modificare i pensieri disfunzionali legati al disturbo alimentare;
- Curare le condizioni psichiatriche associate;
- Supportare la famiglia;
- Prevenire le ricadute.

La riabilitazione nutrizionale della bulimia nervosa ha come obiettivo primario quello di aiutare i pazienti ad avere un piano alimentare strutturato che permetta di ridurre gli

episodi di dieta restrittiva e la voglia di abbuffate e vomito. Nella bulimia nervosa è raccomandato un approccio individuale attraverso la terapia psicologica cognitivo-comportamentale.

Negli intervalli tra le abbuffate, la restrizione dietetica può essere inizialmente moderata, ma in tempi più o meno lunghi diventa estrema e rigida e, nelle forme avanzate, l'introito di calorie quotidiano può limitarsi anche a sole 300-600 kcal.

Gli obiettivi da raggiungere in caso di ricovero ospedaliero di un paziente affetto da bulimia nervosa o di altri disturbi dell'alimentazione associati a una condizione di non sottopeso (per es. disturbo purgativo) riguardano soprattutto la correzione degli squilibri idro-elettrolitici e dell'eventuale alcalosi metabolica, che sono tipiche complicanze acute di questi disturbi. In questi casi può essere necessario, inoltre, impostare una terapia appropriata per eventuali complicanze cliniche, quali gastrite, ulcera gastrica, esofagite, Sindrome di Mallory Weiss, polmonite "ab ingestis" e stipsi cronica. Al momento della dimissione è necessario che il paziente prosegua il trattamento attraverso la presa in carico da parte di uno degli altri livelli assistenziali con la quale l'équipe ospedaliera deve essere preventivamente in contatto per evitare il fenomeno del drop-out che è frequente soprattutto nei passaggi da un livello assistenziale all'altro (Philip S., Mehler, M.D., 2003).

Binge eating disorder (BED): il binge eating disorder o disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato dalla presenza di episodi ricorrenti di abbuffate. In questo disturbo i pazienti sentono il bisogno urgente di consumare enormi quantità di alimenti in un lasso di tempo molto breve, anche se non sono affamate. Le abbuffate sono spesso programmate attraverso l'acquisto anticipato di un determinato cibo (APA, 2013). Il disturbo si sviluppa per la prima volta nella gioventù adulta. Non si attuano comportamenti compensatori per evitare l'aumento di peso, come nel caso della bulimia nervosa (Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K., 2020).

La maggior parte delle problematiche fisiche associate al disturbo da binge-eating, come la sindrome metabolica, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'osteoartrite, la sindrome delle apnee ostruttive, la sindrome dell'ovaio policistico, la steatosi epatica non alcolica e alcuni tipi di cancro, sono attribuibili alla condizione di obesità spesso associata. Alcuni studi hanno però osservato che il disturbo da binge-eating sembra

conferire un maggiore rischio per lo sviluppo delle componenti della sindrome metabolica (cioè: obesità addominale, dislipidemia, ipertensione arteriosa e alterata glicemia a digiuno) rispetto a quello attribuibile alla sola obesità. Altri studi hanno osservato che, a parità di peso, gli individui con disturbo da binge-eating riportano con più frequenza insoddisfazione nei riguardi della loro salute fisica, utilizzazione delle cure sanitarie, insonnia, menarca precoce e dolori al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli (Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K., 2020).

La letteratura internazionale riconosce come obiettivi primari della terapia del disturbo da binge-eating l'astinenza dalle abbuffate e la perdita di peso (se è presente una condizione di obesità). Gli altri obiettivi da perseguire sono la cura della psicopatologia associata, come l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione, i disturbi dell'umore e di ansia.

È raccomandata una terapia psicologica individuale.

Durante l'abbuffata il paziente sperimenta una perdita di controllo. Spesso questi episodi vengono tenuti segreti per i sensi di colpa e per la vergogna. Per diagnosticarlo, devono apparire abbuffate almeno una volta alla settimana per tre mesi. Può accadere che per mantenere un peso normale, i soggetti alternino periodi di abbuffate a periodi di restrizione alimentare. Il BED è diffuso senza particolari differenze in tutti i generi e la probabilità di svilupparlo nel corso dell'esistenza è di 1 su 30-50 (APA, 2013).

Disturbo alimentare evitante o restrittivo: tale disturbo è caratterizzato da una selezione ben precisa di pochi alimenti, dalla paura di soffocare, dalla compensazione attraverso il vomito dopo aver mangiato e dalla fobia di cibi nuovi e mai provati precedentemente. Tale disturbo è tipico dell'età evolutiva e dell'età adulta. Un altro segno della patologia è la mancanza di interesse nei confronti dell'alimentazione e del cibo stesso, con appetito assente (APA, 2013).

Il calo ponderale e l'incompleta crescita corporea o ponderale nei bambini sono dovuti al fatto che nella maggior parte dei casi non viene soddisfatto il fabbisogno giornaliero calorico e di nutrienti. Si può creare una dipendenza da integratori alimentari e da alimentazione enterale per mantenere un sufficiente apporto nutrizionale e con questa

scusa essi possono evitare momenti sociali in cui si consumano alimenti insieme ad altre persone.

Il peso corporeo e la visione della propria immagine corporea non sono alterati.

Non ci sono trattamenti specifici per il disturbo evitante/restrittivo dell'introito alimentare, perché non ci sono ancora abbastanza studi su questo disturbo (Froman, 2018)

Nel DSM-5 il disturbo è definito da una (o più) delle seguenti caratteristiche:

- Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto o crescita discontinua nei bambini);
- Significativo deficit nutrizionale;
- Dipendenza dalla nutrizione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali;
- Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

Trattandosi spesso di bambini in età prepuberale non sono presenti alterazioni del ciclo mestruale. Segnali importanti e fondamentali per una diagnosi precoce divengono allora tutti quei comportamenti cui nell'adulto si attribuisce un'importanza secondaria: il modo in cui i bambini mangiano, spesso molto lentamente, escludendo alcuni alimenti, bevendo molta acqua e sminuzzando il cibo in pezzi piccolissimi, l'attività fisica eccessiva e compulsiva, l'uso frequente del bagno soprattutto dopo i pasti e il cambiamento psicologico che sopravviene, man mano che aumenta la perdita di peso, espresso con sbalzi d'umore e un'insofferenza ed un'irrequietezza che non facevano parte delle caratteristiche precedenti dell'individuo (Froman, 2018).

Pica: è un disturbo alimentare che consiste nell'ingerimento abituale di "cibo" senza valore nutritivo o di sostanze nocive che non promuovono la crescita del bambino. Infatti, tale patologia non riguarda bambini più piccoli di due anni, per cui il portare oggetti alla bocca fa parte dello sviluppo (APA, 2013). I materiali ingeriti sono diversi in base all'età e alla disponibilità in un luogo ben preciso. Infatti, può trattarsi di carta, gesso, sassolini, sporcizia, argilla, sapone, metallo, vernice o peli, capelli e pelle (Evelin Attia, B. Timothy Walsh, 2022). Tali comportamenti possono portare a ostruzioni intestinali e nocività, come avvelenamento e/o infestamento di parassiti. Si devono fare

esami ematochimici per rilevare livelli tossici di piombo e l'esame delle feci per indagare la presenza di parassiti (APA, 2013).

Il possibile trattamento riguarda la modificazione del comportamento per reindirizzare il soggetto verso un'alimentazione con cibi nutritivi e per risolvere le problematiche che possono essersi create dopo l'ingerimento di materiali non alimentari. La Pica può essere causata da una mancanza di consumo dietetico di zinco e ferro, i quali possono incrementare il bisogno fisiologico e psicologico di tali nutrienti. Bassi livelli di zinco e ferro sono conosciuti per intaccare i sensi di olfatto e di gusto (Neha Rajput, Keerthana Kumar, Khayati Moudgil, 2020).

Di solito è associata ad altre comorbilità, come ad esempio il disturbo ossessivo-compulsivo, l'autismo e la schizofrenia (Neha Rajput, Keerthana Kumar, Khayati Moudgil, 2020).

La Pica coesiste anche con l'escoriazione in quanto peli, capelli o pelle vengono mangiati.

La Pica è quasi sempre non riconosciuta e la prevalenza rimane non specificata. Nonostante tutto il tasso di prevalenza dipende dalla classificazione della Pica usata, dalle caratteristiche delle popolazioni esaminate e dai metodi usati per raccogliere i dati. Essa quindi si presenta maggiormente nelle persone con disabilità mentali. La persistenza del gesto dei bambini tra 18 e 36 mesi di mettere in bocca qualsiasi oggetto può essere veramente pericoloso (Neha Rajput, Keerthana Kumar, Khayati Moudgil, 2020).

L'avvelenamento cronico da piombo può portare a complicanze neurologiche, come ritardi mentali, convulsioni, neuropatie periferiche, malattie psichiatriche o alcune combinazioni.

Problemi comportamentali con disabilità dello sviluppo sono associati con la Pica inclusi comportamenti irregolari, irritabilità, comportamenti anormali relativi al cibo.

La Pica è maggiormente sviluppata tra le persone povere e tra le persone che vivono nelle regioni tropicali e tribali. Colpisce soprattutto bambini di due o tre anni, ma può svilupparsi in un'età compresa tra 18 e 24. Le ricerche indicano che la Pica si verifica nei teenagers ad un tasso del 20% e nei bambini più piccoli per il 25%-33%.

Adolescenti e adulti mangiano argilla o sporcizia più frequentemente (Neha Rajput, Keerthana Kumar, Khayati Moudgil, 2020).

Ruminazione: si può parlare di disturbo da ruminazione quando, da almeno un mese, vi è un rigurgito reiterato dopo i pasti e successivamente la rimasticazione del cibo che viene ingoiato oppure espulso all'esterno (APA, 2013). I pazienti non presentano nausea o conati di vomito. Tale disturbo può essere involontario o volontario, legato per esempio all'anoressia nervosa, alla bulimia nervosa o a una condizione gastrointestinale (Evelyn Attia, B. Timothy Walsh, 2022).

Le età di sviluppo possono essere molto diverse: età neonatale, infantile, adolescenziale o adulta, senza dipendere per forza da altri disturbi psichiatrici o gastrointestinali.

Tale condotta di solito viene mantenuta segreta e infatti quando la persona si trova in compagnia di altre persone tende a mascherarlo e a diminuire o annullare il proprio introito alimentare prima di un evento sociale. È possibile che ne derivi il calo ponderale e insufficienze nutritive (Evelyn Attia, B. Timothy Walsh, 2022).

Disturbi dell'alimentazione sottosoglia: i disturbi dell'alimentazione sottosoglia sono disturbi che, anche se necessitano di attenzione clinica, non soddisfano i criteri di diagnosi per uno dei disturbi alimentari. Essi vengono divisi dal DSM-5 in due gruppi: quelli altrimenti specificati e quelli non altrimenti specificati.

Capitolo 2: Obiettivi

Il seguente lavoro ha lo scopo di indagare quali siano gli interventi infermieristici efficaci durante la presa in carico di pazienti affetti da DCA. Si vuole quindi mettere in evidenza il quadro generale della letteratura scientifica prodotta dagli infermieri in relazione all'assistenza alle persone con DCA. Si vuole inoltre illustrare il ruolo dell'infermiere nell'educazione dei familiari o caregiver dei pazienti. Tale letteratura è utile a migliorare l'adesione dell'assistito al trattamento del DCA stesso attraverso l'instaurazione di un'alleanza terapeutica tra professionista e soggetto assistito, coinvolgendo anche i familiari o caregiver.

Capitolo 3: Materiali e metodi

La ricerca, finalizzata alla revisione della letteratura, è stata condotta liberamente, sulla piattaforma Google Scholar, sulle linee guida del Ministero della Salute sui DCA e sulla banca dati bibliografica Pubmed. Sull'Advance Search di Pubmed sono stati utilizzati termini MeSH combinati con operatore booleano AND. I filtri utilizzati sono stati l'anno di pubblicazione dal 2003 al 2023, formato degli articoli "full text" e popolazione (entrambi i sessi femminili e maschili, dall'età infantile all'età adulta, ricovero in cliniche specializzate o in reparti ospedalieri). Le fasi di selezione degli articoli hanno previsto, inizialmente, la lettura dei titoli con relativa esclusione di quelli non rispondenti ai criteri di inclusione e ricerca. Successivamente, è stata prevista la lettura degli abstract con gli stessi criteri di esclusione usati precedentemente. Inoltre, sono stati letti in modo approfondito gli articoli rimasti, con eventuale stesso criterio di esclusione. Le stringhe di ricerca sono state:

- "Nursing and DCA" su google scholar
- "Nurse and DCA" su google scholar
- "Nursing and anorexia nervosa" su google scholar
- "Anoressia nervosa" su google scholar
- "Nurse and bulimia nervosa" su google scholar
- "Bulimia nervosa" su google scholar
- "Nurse and binge eating disorder" su google scholar
- "Binge eating" su google scholar
- "Nurs* AND eating disorders" su Pubmed
- "Nurs* AND anorexia nervosa" su Pubmed
- "Nurs* AND bulimia nervosa" su Pubmed
- "Nurs* AND binge eating disorder" su Pubmed
- "Binge eating" sul sito delle Linee guida del Ministero della Salute sui DCA
- "Pica" sul sito delle Linee guida del Ministero della Salute sui DCA
- "Ruminazione" sul sito delle Linee guida del Ministero della Salute sui DCA

Le parole chiave individuate sono state combinate con l'operatore booleano AND e sono per Pubmed e Google Scholar:

- nursing;
- nursing and eating disorder;
- nursing interventions;
- feeding and eating disorders;
- eating disorders;
- anorexia nervosa;
- anorexia nervosa and nursing;
- bulimia nervosa;
- bulimia nervosa and nursing;
- binge eating disorder;
- binge eating disorder and nursing;
- adolescents

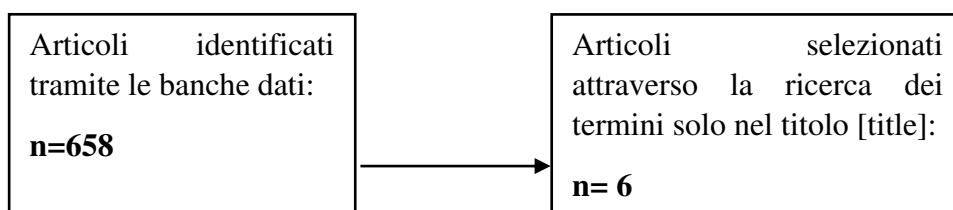
Per il sito del Ministero della Salute sui DCA sono:

- pica
- ruminazione
- disturbi dell'alimentazione sottosoglia

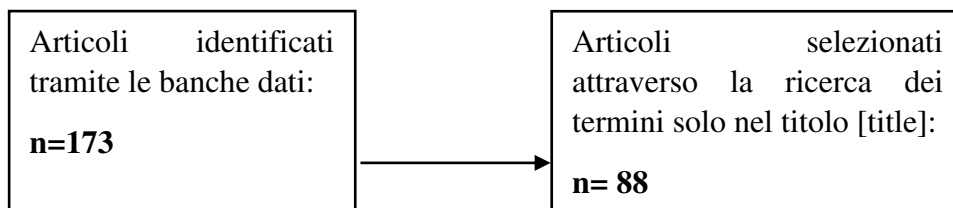
Capitolo 4: Risultati

In base alla ricerca eseguita tramite la banca dati, Pubmed, sono stati ricavati: 37 articoli che rispettano i criteri di inclusione previsti e che risultano pertinenti rispetto al quesito di ricerca. Di seguito viene riassunta tramite flow chart la modalità di ricerca. Gli articoli potenzialmente rilevanti selezionati con il metodo PRISMA sono stati riportati nella seguente tabella riassuntiva.

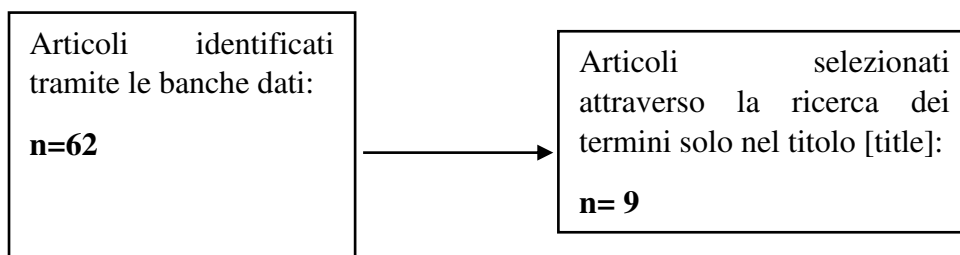
Tab.1 Flow chart PRISMA (Nurs* AND eating disorders)



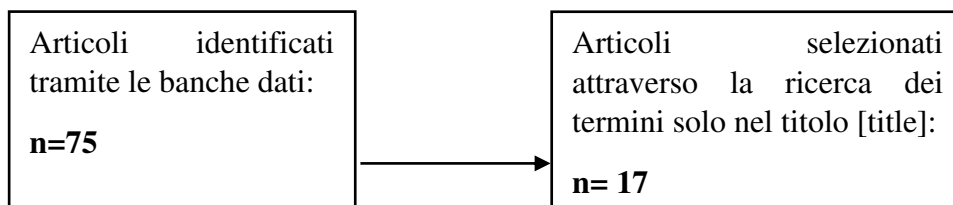
Tab.2 Flow chart PRISMA (Nurs* AND anorexia nervosa)



Tab.3 Flow chart PRISMA (Nurs* AND binge eating disorder)



Tab.3 Flow chart PRISMA (Nurs* AND bulimia nervosa)



Di seguito riporto una tabella con un riassunto schematico degli articoli.

Articoli	Principali risultati	Paese
<p>https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders</p> <p>Angela Guarda 2023</p>	<p>Si offre un'introduzione sui DCA con l'esposizione delle singole caratteristiche di ogni disturbo, come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il binge eating disorder, il disturbo alimentare evitante o restrittivo, pica, ruminazione e altri disturbi sottosoglia.</p>	
<p>American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR™). Quinta edizione. Arlington. American Psychiatric Association Publishing. 2013.</p>	<p>E' il manuale diagnostico dei disturbi mentali, in cui sono inseriti anche i DCA e spiega quali sono le caratteristiche di ognuno e come si fa diagnosi di essi.</p>	<p>Stati Uniti</p>

<p>https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-di-ruminazione</p> <p>Jonathan Gotfried, gen 2022</p>	<p>Spiega nello specifico il disturbo da ruminazione, ovvero il rigurgito (solitamente involontario) di piccole quantità di cibo dallo stomaco (in genere 15-30 minuti dopo il pasto), che viene di nuovo masticato e, nella maggior parte dei casi, nuovamente deglutito. Di solito ne soffrono i lattanti, mentre gli adulti stentano a riferirla.</p>	
<p>https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa</p>	<p>L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo mentale grave. Le persone che si trovano in questa condizione cercano di mantenere il proprio peso corporeo il più basso possibile attraverso una forte restrizione dietetica, inducendosi il vomito e praticando un'intensa attività fisica.</p> <p>Il disturbo spesso si manifesta come un'intensa preoccupazione nei confronti del proprio peso e delle forme fisiche.</p> <p>L'AN colpisce più frequentemente le giovani donne, sebbene, recentemente, stia diventando comune anche tra gli uomini. In media, il disturbo compare per la prima volta intorno ai 16-17 anni.</p>	<p>Italia</p>

<p>https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-dell-assunzione-di-cibo</p> <p>Evelyn Attia, B. Timothy Walsh, 2022</p>	<p>Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo è caratterizzato dal limitare l'assunzione di cibo; non include l'immagine distorta del corpo o l'immagine corporea (in contrasto con l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa).</p> <p>Il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo inizia tipicamente durante l'infanzia, ma può svilupparsi a qualsiasi età.</p>	<p>Columbia University</p>
<p>https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/pica</p> <p>Evelyn Attia, B. Timothy Walsh, 2022</p>	<p>La pica è il mangiare persistente di alimenti non nutritivi, materiale non alimentare per ≥ 1 mese quando è inadeguato allo sviluppo e quando non fa parte di una tradizione culturale. La pica in sé altera raramente il funzionamento sociale, ma si verifica spesso nelle persone con altri disturbi mentali che compromettono il funzionamento (p. es., autismo, ritardo mentale, schizofrenia).</p>	<p>Columbia University</p>

<p>Corral-Liria I., Alonso-Maza M., Gonzàles-Luis J., Fernàndes-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M.</p> <p>Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder:A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. Perspectives in Psychiatric Care.</p> <p>2022; 58(2):840-849</p>	<p>È uno studio qualitativo che analizza i punti di vista dei pazienti con disturbi alimentari e dei professionisti infermieristici e l'esperienza dell'assistenza basata sulla relazione stabilita.</p> <p>L'aiuto degli infermieri è sia inaspettato che rilevante durante il processo di recupero dei pazienti. Forniscono cure non concentrandosi solo sugli aspetti nutrizionali.</p>	<p>Madrid</p>
--	--	---------------

<p>Snell L., Crowe M., Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2010; 19(3-4):351-8</p>	<p>Lo scopo di questo studio qualitativo è stato quello di indagare e teorizzare le esperienze degli infermieri nello sviluppo di una relazione terapeutica con pazienti ricoverati in un servizio ospedaliero specializzato per disturbi alimentari per il recupero del peso.</p> <p>L'instaurazione di relazioni terapeutiche è difficile a causa della natura dei sintomi dei pazienti.</p> <p>La variabile centrale emersa dall'analisi è stata la "connessione". Questa variabile era fondamentale per le tre categorie principali: (1) sviluppare la connessione terapeutica, (2) negoziare la connessione terapeutica e (3) coordinare la connessione. La categoria centrale che è emersa è stata quella di mantenere la connessione terapeutica.</p>	<p>Nuova Zelanda</p>
---	--	----------------------

<p>Seah X. Y., Tham X. C. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy adaptation model. Nursing Science Quarterly. 2015; 28(2):136-41</p>	<p>La bulimia nervosa è un disturbo paralizzante e cronico, con individui che sperimentano ripetuti episodi di abbuffata. L'uso del modello di adattamento di Roy per la gestione della bulimia nervosa è esaminato in questo articolo. Il modello di adattamento di Roy si concentra sull'importanza degli individui in quanto in grado di adattarsi bene ai cambiamenti dell'ambiente circostante.</p>	<p>Singapore</p>
<p>Wolfe B. E., Dunne J. P., Kelly M.R. Nursing care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. The Nursing Clinics of North America. 2016; 51(2):213-35</p>	<p>Questo articolo fornisce una panoramica delle caratteristiche cliniche dei disturbi alimentari tipicamente osservati per l'assistenza ospedaliera, concentrandosi principalmente sull'anoressia nervosa e sulla bulimia nervosa e sulle aree chiave associate per la valutazione infermieristica, le diagnosi e il piano di cura durante il ricovero.</p>	<p>USA</p>

<p>Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 2013 Jul; 22(13-14):2020-9</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è comprendere il contesto del setting ospedaliero per il trattamento dell'anoressia nervosa e le implicazioni per l'alleanza terapeutica tra infermieri e consumatori.</p> <p>La natura dell'alleanza terapeutica dipende dai fattori contestuali che influenzano le interazioni.</p>	<p>Australia</p>
<p>Stavarski D.H., Alexander R. K., Ortiz S. N., Wasser T. Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>. 2019;26(1-2):29-38</p>	<p>Gli individui con disturbi alimentari sperimentano pensieri e comportamenti suicidi a tassi elevati rispetto alla popolazione generale.</p> <p>L'obiettivo è esplorare le differenze tra le percezioni dei pazienti e degli infermieri sulle azioni infermieristiche che generano speranza e sulla relazione con la percezione della speranza da parte dei pazienti.</p>	

<p>Carvalho Martins C. R., Vaccari Caccavo P. Nurses and clientele with anorexia and bulimia: a case study. Revista Brasileira de Enfermagem. 2012;65(3):495-500</p>	<p>La ricerca mirava a identificare l'interazione tra infermieri e clienti affetti da bulimia e anoressia. Nello studio è stato possibile identificare il modo in cui gli infermieri interagivano e percepivano i clienti e, di conseguenza, abbiamo chiarito una pratica peculiare nell'assistenza infermieristica.</p>	<p>Brasile</p>
<p>Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Journal of Clinical Nursing. 2013 Jul; 22(13-14):2020-9</p>	<p>È uno studio qualitativo che ha lo scopo di stabilire in che modo gli infermieri assicurano l'aumento di peso e un'esperienza di ricovero positiva per il trattamento di adolescenti con anoressia nervosa considerando le prospettive dei consumatori. Questo studio indica che il processo di aumento di peso può essere potenziato se accompagnato da un processo di impegno terapeutico, come l'alleanza terapeutica.</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p>

<p>Ambrogne J.A. Assessment, Diagnosis, and Treatment of Binge Eating Disorder. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i>. 2017;55(8):32-38</p>	<p>Lo scopo del presente articolo è quello di fornire una panoramica del BED, tra cui valutazione, diagnosi e opzioni di trattamento farmacologico e non farmacologico. Vengono affrontate anche le implicazioni per l'assistenza infermieristica.</p>	<p>Stati Uniti</p>
<p>Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. <i>Journal of child and adolescent psychiatric nursing</i>. 2011; 24(1):16-22</p>	<p>Poco si sa sugli interventi infermieristici efficaci per gli adolescenti con anoressia nervosa. Lo scopo di questo studio è stato quello di scoprire quali aspetti dell'assistenza infermieristica sono più efficaci, secondo gli infermieri, nel recupero del peso corporeo normale negli adolescenti con anoressia nervosa. Una buona relazione terapeutica è essenziale per l'attuazione di interventi infermieristici mirati nelle aree dell'alimentazione e dell'esercizio fisico, del supporto sociale e della consulenza ai genitori.</p>	<p>Paesi Bassi</p>

<p>Coombs A. Case study: Treating eating disorders in the community. British Journal of School Nursing. 2011;6(6):284-288</p>	<p>L'intervento precoce, erogato conformemente agli orientamenti sulle migliori pratiche, può avere un impatto sugli esiti dei pazienti. In questo articolo viene utilizzato un caso di studio per esaminare le cause, il trattamento e le questioni giuridiche relative al trattamento di un disturbo alimentare in un contesto di assistenza primaria, il ruolo dell'infermiere scolastico nell'équipe multidisciplinare. Gli infermieri sono in grado di fornire supporto nella comunità, aiutando ad evitare che gli adolescenti vengano ricoverati inutilmente in ospedale. Possono fare riferimento se interessati, aiutare tutti i membri del team a presentare un messaggio coerente e garantire il coinvolgimento dei membri della famiglia ove opportuno.</p>	<p>British Journal of School Nursing</p>
---	---	--

<p>Berge J.M., Loth K., Hanson C., Croll-Lampert J., Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(9-10):1355-63</p>	<p>L'obiettivo di questo studio qualitativo retrospettivo è quello di comprendere come le transizioni nel ciclo di vita familiare e le risposte a questi eventi possono riguardare l'insorgenza di disturbi alimentari nel tentativo di generare nuove intuizioni teoriche e informare la ricerca futura nel campo della prevenzione dei disturbi alimentari.</p>	<p>Journal of Clinical Nursing</p>
--	---	------------------------------------

<p>Gísladóttir M., Svavarsdóttir E. K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>. 2011; 18(2):122-30.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è stato quello di sviluppare e testare un sistema educativo e di supporto infermieristico per aiutare le famiglie ad assistere al recupero dei parenti con disturbi dell'alimentazione. Gli studi indicano che se le famiglie ricevono un aiuto adeguato nel processo di recupero di un parente con un disturbo alimentare, la prognosi è migliore.</p> <p>L'intervento si è basato sul modello di intervento familiare di Calgary.</p> <p>Lo studio indica che un intervento educativo e di supporto può rivelarsi utile per le famiglie e i pazienti con disturbi alimentari.</p>	<p>Islanda</p>
--	--	----------------

<p>Kells M., Schubert-Bob P., Nagle K., Hitchko L., O'Neil K., Forbes. P., McCabe M. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. <i>Clinical Nursing Research</i>. 2017; 26(4):525-537.</p>	<p>Il fulcro del ricovero medico per disturbi alimentari restrittivi è guadagnare peso. Tuttavia, non esistono linee guida su come raggiungere risultati di aumento di peso. La supervisione dei pasti può essere un intervento di supporto per aiutare il completamento del pasto e l'aumento di peso. L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare l'effetto della supervisione standardizzata dei pasti sull'aumento di peso, sulla durata del soggiorno, sull'uso di supplementazione calorica liquida nei pazienti ospedalizzati.</p>	<p>USA</p>
---	--	------------

<p>Beukers L., Berends T., de Man-van Ginkel J. M., van Elburg A. A., van Meijel B. Restoring normal eating behavior in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. <i>International journal of mental health nursing</i>. 2015;24(6):519-26.</p>	<p>Lo scopo del presente studio è stato quello di descrivere gli interventi infermieristici volti a ripristinare il normale comportamento alimentare nei pazienti con anoressia nervosa. La domanda principale della ricerca è stata: "Quali interventi miravano a ripristinare la normalità del comportamento che gli operatori sanitari in un centro specializzato per i disturbi alimentari utilizzano durante i pasti per adolescenti con diagnosi di anoressia nervosa?" Il presente studio è stato uno studio qualitativo e descrittivo che utilizzava registrazioni video effettuate durante i pasti. Dai dati sono emerse quattro categorie di interventi: (i) monitoraggio e istruzione; ii) incoraggiare e motivare; iii) sostegno e comprensione; e (iv) educare.</p>	<p>USA</p>
---	--	------------

<p>Barbara E.Wolfe, Julie P. Dunne, Meredith R. Kells. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder, 2016; 213-235</p>	<p>Questo articolo fornisce una panoramica delle caratteristiche cliniche dei disturbi alimentari tipicamente osservati per l'assistenza ospedaliera e delle aree chiave per l'assistenza infermieristica, valutazione e intervento durante il ricovero.</p>	<p>USA</p>
--	--	------------

<p>Perkins S., Winn S., Murray J., Murphy R., Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part I: The emotional impact of caring. <i>Int J Eat Disord.</i> 2004;36(3):256-268</p>	<p>Uno studio preliminare ha rilevato che i caregiver di individui con anoressia nervosa sperimentano più difficoltà e angoscia rispetto a quelli di persone con psicosi (Treasure et al., [2001]. <i>Psichiatria sociale ed epidemiologia psichiatrica</i>, 36, 343-347). Questo è il primo studio che indaga qualitativamente le esperienze dei caregiver di individui con bulimia nervosa (BN). I temi principali emersi sono stati l'impatto della scoperta della BN sul caregiver, l'impatto continuo del caregiving, le strategie di coping utilizzate dal caregiver e l'impatto positivo della malattia sia per i caregiver che per le persone a loro affidate.</p>	<p>Londra</p>
---	--	---------------

<p>King S., Turner D. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. J Adv Nurs. 2000;32(1):139-147</p>	<p>Questo studio fenomenologico è stato intrapreso per esplorare in profondità le esperienze di infermiere registrate che si prendono cura di donne anoressiche adolescenti all'interno dei reparti pediatrici degli ospedali generali di Victoria, in Australia. Per questo studio è stato utilizzato un disegno qualitativo basato sulla filosofia di Edmund Husserl. I risultati di questo studio hanno indicato che c'è bisogno di un'ampia preparazione di infermieri registrati, di un supporto continuo e dello sviluppo di programmi di formazione per consentire agli infermieri registrati di prendersi cura di loro.</p>	<p>Australia</p>
---	---	------------------

<p>Anastasiadou D., Medina-Pradas C., Sepulveda A., Trasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. <i>Eating Behaviours</i>. 2014;15(3):464-477</p>	<p>L'obiettivo dello studio è stato quello di rivedere sistematicamente le nuove evidenze disponibili sul caregiving familiare nei disturbi alimentari (ED), aggiornando lo studio di Zabala, Macdonald e Treasure (2009). Le banche dati elettroniche sono state consultate dall'ottobre 2008 al maggio 2013. La maggior parte degli studi ha riscontrato alti livelli di aspetti negativi del caregiving, dell'accomodamento e dei comportamenti abilitanti, ha espresso emozioni e disagio psicologico nei caregiver di persone con DCA, sebbene siano stati segnalati anche aspetti ed emozioni positive.</p>	<p>Spagna e Londra</p>
---	---	------------------------

<p>Hibbs R., Rhind C., Leppanen J., Treasure J. Carer's experience and perceived effects of a skill based training programme for families of people with eating disorders: A qualitative study. <i>European Eating Disorders Review</i>. 2010;19(6):475-486</p>	<p>Lo studio ha esaminato l'esperienza di chi si prende cura di persone con disturbi alimentari dopo aver partecipato a un programma di formazione basato sulle competenze che comprendeva cinque DVD psico-educativi e un libro. È stato offerto anche un coaching telefonico supplementare. Questo studio ha confermato che la formazione delle competenze può essere utile per aumentare l'autoefficacia del caregiver e ridurre il disagio psicologico, l'ansia e il peso.</p>	<p>Londra</p>
---	--	---------------

<p>Treasure J., Whitaker W., Todd G., Whitney J. A description of multiple family workshop for carers of people with anorexia nervosa. <i>European Eating Disorders Review</i>. 2011;20(1):e17-e22</p>	<p>In questo articolo, descriviamo un intervento che utilizza i principi della terapia cognitivo-comportamentale per alleviare la depressione e l'ansia del caregiver e il colloquio motivazionale per mirare ai comportamenti che mantengono i sintomi del disturbo alimentare, ad esempio l'alta emotività espressa e la scarsa comunicazione. Questo viene dato sotto forma di un laboratorio didattico per due famiglie.</p>	<p>Londra</p>
--	--	---------------

<p>Sepulveda A., Lopez C., Todd G., Whitaker W., TReasure J. An examination of the impact of “the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshop” on the well-being of carers. <i>Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology</i>. 2008;43(7):584-591</p>	<p>Questo documento descrive un intervento in cui alcune delle abilità utilizzate da infermieri specializzati e altro personale di un ambiente di terapia intensiva per disturbi alimentari vengono insegnate ai caregiver per migliorare il loro senso di competenza e alleviare il loro disagio. Lo scopo di questo studio è stato quello di esaminare la fattibilità e l'accettabilità di "Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" tra i caregiver e se le difficoltà e l'angoscia coinvolte nella cura di una persona con un disturbo alimentare sono state ridotte. Il livello di disagio del caregiver (GHQ) è diminuito significativamente dopo l'intervento. Anche il livello di carico di assistenza generale (ECI) si è ridotto, così come le difficoltà specifiche causate dai sintomi del disturbo alimentare.</p>	<p>Londra</p>
--	--	---------------

<p>Kathleen Peterson, Rebecca Fuller. Anorexia nervosa in adolescents: an overview. Nursing 2019</p>	<p>L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo alimentare difficile da trattare e le ricadute sono comuni. Questo articolo affronta le strategie di gestione e gli interventi infermieristici per gli adolescenti con diagnosi di AN.</p>	<p>New York</p>
<p>Jacquelin R., Jayne C., Phyllis M. Connolly. Bulimia nervosa: knowledge, awareness, and skill levels among advanced practice nurses. Journal of the American Academy of nurse practitioners. 2002</p>	<p>L'incidenza dei disturbi alimentari è in aumento. La bulimia nervosa, una comune malattia segreta, rappresenta una sfida significativa per gli APN, portando potenzialmente a una mancata diagnosi. C'è una scarsità di ricerche che esplorano questo problema. I risultati dello studio forniscono prove per migliorare i curricula sui disturbi alimentari nei programmi accademici e di formazione continua e una guida per la ricerca futura.</p>	<p>USA</p>

La letteratura ricercata evidenzia come la figura dell'infermiere sia fondamentale nei disturbi del comportamento alimentare. Bisogna però adottare un approccio olistico e multidisciplinare affinché vi sia garanzia di aderenza al trattamento terapeutico. In questo, l'infermiere è la principale figura intermediaria tra assistito ed equipe di specialisti. Sempre per quanto riguarda l'approccio interdisciplinare l'infermiere incentiva i momenti di gruppo e l'interazione tra famiglia o caregivers e paziente stesso (Bekker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwijk E, van Elburg A., 2011). Tale approccio ha lo scopo di accrescere la salute ed il benessere psicofisico dell'assistito, stimolandolo a partecipare ad attività che possano suscitare interesse in lui e creando un'assistenza incentrata su di lui e quindi personalizzata. Gli obiettivi sono il comprendere meglio la condizione dell'assistito, il cercare di migliorare la visione che egli ha della sua immagine corporea, lo sconfiggere il senso di inadeguatezza, l'aumentare la sua autostima e ad instaurare l'empowerment (Davies N., 2017).

Per quanto riguarda il contesto ambulatoriale le linee guida NICE raccomandano che il trattamento di prima scelta lo si faccia a livello ambulatoriale. Ciò significa che la famiglia deve sostenere il maggior carico di cure nell'assistenza al paziente.

Per quanto riguarda il contesto ospedaliero e residenziale l'infermiere svolge un ruolo fondamentale nel ricovero. Essendo coinvolto giorno per giorno e interagendo continuamente con il paziente si deve instaurare un rapporto paziente-famiglia-infermiere. La figura dell'infermiere si presenta come una fonte di informazioni, disponibile a rispondere a qualsiasi domanda o dubbio dei familiari. Allo stesso modo anche i genitori divengono una fonte di informazione, in quanto conoscono il paziente meglio di chiunque altro.

Per una dimissione efficace è necessario che avvengano dei cambiamenti psicologici da parte dei genitori e del paziente, tali da trasformarsi, una volta a casa, in cambiamenti in termini di comportamenti alimentari e compliance per il regime alimentare.

4.1-FATTORI FAVORENTI L'ALLEANZA TERAPEUTICA

Secondo uno studio realizzato in Australia da V. Ryan et al. nel 2006, con l'obiettivo di fare un bilancio sull'assistenza infermieristica ai pazienti con DCA, le cure infermieristiche sono costituite da tre parti: la prima consiste nel supporto empatico e "d'amore", la seconda nella sorveglianza e disciplina dei pazienti e la terza nell'assistenza costante. Il primo punto coincide con i valori su cui si fonda la relazione terapeutica, ovvero una relazione in cui l'infermiere può essere paragonato ad una madre e l'assistenza alle cure materne. Il secondo punto può entrare in contrasto con il primo, ma così come le cure "d'amore", anche la disciplina fa parte del ruolo genitoriale. Infine, la terza parte riguarda un'assistenza 24 ore su 24 in reparto.

Sono di fondamentale importanza tutti quegli interventi che, essendo attuati sul piano emotivo, familiare e sociale, portano ad uno sviluppo dell'alleanza terapeutica tra infermiere e assistito. Si può arrivare ad una migliore alleanza terapeutica grazie alla capacità di intuire sia i punti di forza del paziente (Zugai J.S., Stein-Parbury J., Roche M., 2018) sia le problematiche a cui il paziente va incontro (Wolfe B. E., Dunne J. P., Kells M. R., 2016). Inoltre, ci deve essere il riconoscimento e la comprensione da parte dell'infermiere dell'ansia dovuta al contesto di cura (bilancia, parametri vitali...). Ciò può avvenire sia attraverso il riconoscimento dei segni e dei sintomi sia attraverso la comunicazione diretta da parte del paziente.

Un'altra strategia è definire obiettivi giornalieri insieme al paziente da rispettare per far diminuire l'ansia. Infatti, di grande importanza è la discussione aperta da parte dell'assistito e l'ascolto attivo da parte dell'infermiere delle paure e dei timori irrazionali che non sono salutari per il benessere psicofisico. Da questo ne deriva la ricerca di una figura professionale di cui si possono fidare e confidare (Coral-Liria I., Alonso -Maza M., Gonzalez-Luis J, Fernandez-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa Iglesias M., 2022)

Essendo che "il tempo di relazione è tempo di cura" ogni scelta o interazione deve essere motivata dall'infermiere. Ciò serve a formare un legame tra infermiere e assistito e questo legame può portare maggiore speranza nel futuro e ad una sensazione diminuita di "sentirsi un peso" (Stavarski D. H., Alexander R.K., Ortiz S. N., Wasser T., 2019).

Tutto ciò potrebbe diminuire il rischio di suicidio, soprattutto tra le pazienti con anoressia nervosa, (Carvalho Martins C.R., Vaccari Caccavo P., 2012) attuando sia una rimozione di oggetti pericolosi e possibilmente utilizzabili per l'autolesionismo, sia attraverso un colloquio che faccia riprendere in mano al paziente l'autocontrollo. Creando quindi un ambiente favorevole, il paziente può divenire anche in grado di esprimere questa sua volontà rendendo consapevole l'infermiere e di conseguenza tutta l'equipe (Wolfe B., E., Dunne J. P., Kells M., R., 2016).

Nonostante vi possa essere una manipolazione degli infermieri, gli assistiti rimarcano come ci sia il bisogno di una figura infermieristica che sia ferma e decisa, oltre che gentile e accogliente, per salvaguardare l'alleanza terapeutica e per evitare che il paziente possa manipolare lo stesso infermiere (Zugai J., Stein-Parbury J. Roche M., 2013).

L'assistito ricerca approvazione ed accettazione dalle figure professionali e con il tempo può instaurarsi un rapporto in cui il paziente adotti strategie per non deludere le aspettative dell'infermiere e delle altre figure professionali (Carvalho Martins C.R., Vaccari Caccavo P., 2012).

Una strategia degli infermieri consiste nel discutere in maniera aperta e libera delle abitudini nutrizionali, portando ad una diminuzione del sentimento di vergogna (Ambrogne J. A., 2017) e di intimità dell'argomento. Tutto ciò per rendere l'assistito meno isolato emotivamente e più propenso ad una comunicazione attiva con l'infermiere in turno (Wolfe B., E., Dunne J. P., Kells M., R., 2016).

4.2-IL SETTING DI CURA

L'infermiere deve favorire un setting di cura il più "normale" possibile per avere maggiore confidenzialità dell'assistito (Zugai J., Stein-Parbury J. Roche M., 2013).

4.3-IL COINVOLGIMENTO DEI GENITORI E/O DEI CAREGIVERS

La famiglia ha un ruolo di supporto del soggetto con DCA. L'ascolto attivo e acritico nei confronti della persona con DCA può portare la famiglia a supportare il proprio figlio, visto che l'infermiere ha come obiettivo quello di informare ed educare adeguatamente la famiglia ed i caregivers. Il coinvolgimento della famiglia è fondamentale in una fase iniziale per poter ottenere un quadro più completo della storia

del paziente (Corral-Liria I., Alonso-Maza M., Gonzalez-Luis J. Fernandez- Pascual S. Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M., 2022). Può quindi essere utile sia fare incontri di gruppo con la famiglia sia fare incontri singoli, anche senza la presenza del paziente (Coombs A., 2011).

L'infermiere va ad indagare possibili eventi stressanti e traumatizzanti nella vita dell'assistito attraverso anche domande aperte e dirette. Si può indagare sull'aver affrontato in passato lutti, trasferimenti, cambiamenti di ruoli, cambiamenti delle relazioni interpersonali e cambiamenti scolastici (Berge J. M., Loth K., Hanson C., Croll-Lampert J., Neumark-sztainer D., 2012).

Di fondamentale importanza è l'indagine di una storia di violenza domestica o di abusi (Corral-Liria I., Alonso-Maza M., Gonzalez-Luis J. Fernandez- Pascual S. Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M., 2022).

È funzionale coinvolgere la figura familiare nella relazione terapeutica, come ad esempio durante il pasto per imparare i giusti tempi che il paziente dovrebbe impiegare per completare il pasto e per comprendere il corretto modo di alimentarsi (Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J. Meerwijk E., van Elburg A., 2011).

Il miglioramento della comunicazione tra paziente e caregiver si ottiene attraverso la partecipazione, in presenza dell'assistito stesso, a colloqui in cui l'infermiere porta alla luce l'andamento e gli sviluppi del paziente (Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J. Meerwijk E., van Elburg A., 2011).

Spesso i caregivers possono essere coinvolti nelle conseguenze emozionali e sociali della malattia. Senza accorgersene, diventano parte dei fattori di mantenimento del disturbo, attraverso lo sviluppo di strategie di coping mal adattive come l'autocolpevolizzazione, la negazione o i comportamenti di disimpegno, che contribuiscono all'accumulo e all'aumento di stress. Le angosce, diverse per cultura e genere (Anastasiadou D., Medina-Pradas C., Sepulveda A., Treasure J. A, 2014), possono essere ridotte dal momento in cui i caregivers venissero aiutati nel loro ruolo. Molti, infatti, sono gli interventi sui familiari e la maggior parte di essi sono semplici da diffondere, facilmente accessibili e realizzabili con il minimo dispendio di risorse professionali (Hibbs R., Rhind C., Leppanen J, Trasure J., 2014). Alcuni interventi sono

di auto-aiuto guidati dall'uso di materiali come DVD, libri e sessioni di insegnamento telefonico o programmi online. Altri consistono nell'aiuto fornito da alcuni genitori con esperienza, altri ancora usano i principi dell'attività cognitivo-comportamentale (Treasure J., Whitaker W., Todd G., Whitney J., 2011). Infine, altri consistono in gruppi di genitori.

4.4-SORVEGLIANZA DURANTE I PASTI

Chi soffre di DCA tende spesso a negare l'esistenza del disturbo e quindi a non accettare il trattamento. Per realizzare gli obiettivi assistenziali di completare i pasti, si inseriscono di solito i pazienti in un setting in cui i pasti sono assistiti. Grazie a questi protocolli si può raggiungere un aumento del peso corporeo e quindi anche minore tempo di permanenza del paziente nel luogo di cura (Kells M., Shubert-Bob Pp., Nagle K., Hitchko L., O'Neil K., Forbes P., McCabe M., 2017).

È importante che l'infermiere agisca in modo insistente e deciso prendendo le decisioni in prima persona al posto del paziente e osservando l'atteggiamento di quest'ultimo (Bakker R., van Meijel B., Beukers L. van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A., 2011). Durante il pasto l'infermiere ripeterà le istruzioni da seguire (Beukers L., Berends T., de Man-van Ginkel J. M., van Elburg A. A., van Meijel B., 2015), come ad esempio nell'anoressia nervosa la distanza dal tavolo, la preparazione di nuovi bocconi mentre ancora si masticano i precedenti e l'evitamento di sminuzzare in piccoli pezzi il cibo.

Gli infermieri possono accompagnare il paziente a fare una passeggiata a passo normale oppure si possono sperimentare attività di gruppo (Bakker R., van Meijel B., Beukers L. van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A., 2011).

Capitolo 5: Discussione

La revisione della letteratura presentata ha previsto l'analisi di studi che riportavano le esperienze di infermieri, assistiti e famiglie riguardo ai DCA. Da tali studi è emerso come sia fondamentale per l'infermiere individualizzare l'approccio con il paziente, con una iniziativa multidisciplinare.

I comportamenti alimentari alterati riguardano la restrizione eccessiva dell'apporto calorico e l'alternanza di periodi di digiuno a periodi di abbuffate. Possono comprendere anche condotte di eliminazione e/o di compensazione, come il vomito, l'uso di lassativi e l'eccessiva attività fisica con il tentativo di eliminare le calorie assunte.

Le alterazioni sono principalmente a livello ormonale, con conseguenti altre alterazioni a livello corporeo.

Oltre all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa ci sono altri disturbi del comportamento alimentare che possono provocare vergogna nell'assistito, come la pica, il binge eating disorder, la ruminazione, i disturbi sottosoglia ed il disturbo alimentare evitante o restrittivo.

Tutti i DCA possono alterare il rapporto tra l'assistito e la società, gli amici e i familiari, in quanto il paziente tenderà all'isolamento sociale per evitare momenti di convivialità.

I fattori scatenanti possono essere eventi stressanti del passato, quindi un grande ruolo lo ha la famiglia che può essere utile ai fini della rilevazione dei dati relativi alla storia del paziente. I genitori inoltre, attraverso un'adeguata educazione, possono prevenire lo scatenamento del disturbo.

L'ascolto attivo è una qualità che molti pazienti ricercano nell'infermiere e può portare al riconoscimento delle motivazioni che spingono il paziente ad assumere determinati comportamenti. Egli, infatti, può dimostrare fiducia nell'infermiere ed aprirsi ad un dialogo proattivo, in cui esprimere preoccupazioni, paure e bisogni (Bakker R., van Mejel B., Beukers L. van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A., 2011). L'infermiere deve saper mostrare come si tratti quasi sempre di timori irrazionali, come quello dei chili ed il fatto di ingrassare e, di conseguenza, al momento dei pasti, di paure dovute all'ideale del corpo perfetto dipinto dalla società occidentale. Da queste preoccupazioni

derivano le ossessioni del paziente che focalizza eccessivamente la sua attenzione sulla propria immagine corporea che, non corrispondendo al proprio ideale, arriva a stravolgere anche la percezione di sé. Di conseguenza, l'autostima decresce e possono essere messi in atto meccanismi di coping inefficienti.

La relazione terapeutica si instaura se il setting assistenziale risulta adeguato, altrimenti si rischia che il paziente si chiuda ancora di più in se stesso per il timore di essere giudicato. Il rispetto della privacy è fondamentale per permettere alle persone di esprimersi al meglio.

Risulta molto importante anche condividere gli obiettivi a breve e a lungo termine. L'infermiere deve mostrarsi fermo nelle proprie decisioni, ma allo stesso tempo gentile, cordiale e soprattutto pronto all'ascolto attivo. Inizialmente può accadere che la responsabilità del paziente venga trasferita all'infermiere, per far scaturire un'alleanza terapeutica. Il paziente viene monitorato costantemente, sia durante i pasti, sia nei momenti antecedenti e successivi per evitare anche che metta in atto comportamenti compensatori. Quando le abitudini alimentari migliorano e il peso corporeo si stabilizza positivamente, è possibile riconsegnare gradualmente la responsabilità al paziente, osservandolo sempre più da lontano.

Si deve essere sempre pronti a delle eventuali ricadute durante il percorso, supportando nuovamente il potere decisionale del paziente.

È importante identificare gli interessi del paziente, i suoi punti di forza e le sue debolezze, per motivarlo ancora di più a raggiungere gli obiettivi prefissati. Si possono anche coinvolgere altri pazienti che hanno avuto una storia di DCA simile e che possono dimostrare al paziente come sia possibile superare ciò, nonostante nel presente risulterebbe insormontabile.

Nella realtà italiana, garantendo l'adeguatezza dell'organico infermieristico, è possibile supervisionare adeguatamente i momenti dei pasti, ascoltando le emozioni e i pensieri e per indagare eventuali comportamenti di compensazione o eliminazione. I ruoli fondamentali sono quello di esperto e quello di promotore della salute. Per quanto riguarda il ruolo di esperto, è importante che il personale infermieristico abbia ricevuto una formazione in salute mentale e che sia esperto appunto in DCA. Inoltre, deve saper

conoscere i piani di trattamento per il recupero. La creazione di una relazione terapeutica è favorita se gli infermieri si mostrano preparati nella materia in questione. La prevenzione dei DCA è un importante compito dell'infermiere, che può essere qualificato ed educato ad utilizzare strategie e programmi per la prevenzione dei DCA, per l'educazione dei genitori sul tema, per l'identificazione dei fattori di rischio e la rilevazione precoce dei sintomi. Il ruolo di prevenzione può essere fatto in molti contesti, come con i bambini, gli adolescenti, le famiglie, individualmente o in gruppo. I trattamenti impiegati per i DCA sono molto vari e in alcuni casi possono arrivare anche all'ospedalizzazione, contesto nel quale la figura infermieristica viene maggiormente coinvolta nella cura di tali disturbi. L'infermiere è comunque presente anche negli altri contesti, quali ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Prendersi cura dei pazienti con DCA può risultare impegnativo in quanto molti pazienti rifiutano sia la diagnosi che il trattamento, non collaborano o vengono considerati inaffidabili (Ryan V, Malson H, Clarke S, Anderson G, Kohn M., 2006). Inizialmente gli infermieri credono e basano la loro assistenza in valori come uguaglianza dell'assistenza, fiducia, privacy, non giudizio, mantenimento della riservatezza e certezza dei diritti dei pazienti. Successivamente, con il tempo, risulta però difficile prendersi cura di pazienti ingannevoli, inaffidabili e manipolatori; quindi, essere sospettosi diventa il nuovo approccio per assisterli. Questa incongruenza provoca negli infermieri una serie di emozioni come tristezza, rabbia, frustrazione, sfiducia e un generale senso di fallimento (King S, Turner D, 2000).

Intervenire sullo sviluppo delle abilità sociali aiuta a stimolare la fiducia in se stessi, permettendo al paziente di fare scelte indipendenti riguardo all'alimentazione e all'esercizio fisico per poter riconquistare una posizione sociale. Promuovere la salute sociale stimola anche la salute psichica del paziente.

Anche il contesto nel quale vengono prestate cure ed assistenza costituisce una variabile che può compromettere o favorire l'instaurarsi dell'alleanza terapeutica. Un confortante e motivante luogo di ricovero può favorire e accrescere la fiducia nei confronti delle figure professionali. Si diminuisce così il rischio di creare imbarazzo o discriminazione verso un disturbo alimentare.

Il setting assistenziale si costruisce in maniera tale che si possa fare un'efficace sorveglianza dei comportamenti non funzionali alla guarigione messi in atto dai pazienti, soprattutto nel pre, nel post e durante la terapia nutrizionale.

È opportuno inoltre andare ad indagare una possibile natura disfunzionale della famiglia di appartenenza del paziente, identificando se ci sia un controllo eccessivo sulla vita del proprio figlio oppure una totale assenza di interazione con lo stesso.

L'infermiere ha il compito di mantenere una comunicazione efficace con i familiari o caregivers, incoraggiando la partecipazione attiva degli stessi nel processo assistenziale, spiegando le sensazioni dell'assistito e il significato del disturbo, informando su quali siano gli scopi del trattamento, stimolando eventuali domande e la condivisione di sensazioni rispetto al disturbo. Lo scopo è di aumentare le capacità e abilità dei familiari e/o caregivers di far fronte a problematiche e alle situazioni che si sviluppano relativamente al disturbo (Gisladóttir M., Svsvrsdóttir E. K., 2011), in modo da fornire un adeguato supporto una volta che il paziente torna a casa. Quindi i caregivers e i familiari devono adeguatamente essere educati rispetto ai DCA, alle loro manifestazioni, ai loro comportamenti e alle complicità che possono verificarsi. Si condividono inoltre gli obiettivi a lungo e a breve termine.

In questo processo risultano fondamentali anche le amicizie, con lo scopo di creare una rete sociale robusta che possa portare l'assistito ad avere un cambiamento dei comportamenti associati al DCA.

Gli infermieri sostengono che non sarebbe possibile prendersi cura dei pazienti se i genitori non avessero sostenuto il programma di trattamento.

I familiari hanno un gran numero di bisogni insoddisfatti e necessitano di alti livelli di supporto, sia pratico che emozionale. In particolare, chiedono maggiori informazioni riguardo tutti gli aspetti del DCA e si aspettano che gli infermieri li aiutino ad avere una visione più ampia della malattia, così da poter accettare il problema. Un adeguato programma di formazione, infatti, aiuta a diminuire il livello di emozioni espresse, ad eliminare i meccanismi di mantenimento della malattia, ad aumentare la conoscenza del disturbo e i sentimenti di autoefficacia, a ridurre l'angoscia, l'ansia e lo stress (Sepulveda A., Lopez C., Todd G., Whitaker W., Treasure J., 2008).

Per i pazienti il momento del pasto è vissuto con ansia e stress, ma il supporto e la motivazione degli infermieri li aiuta a bilanciare le emozioni e a cambiare le abitudini alimentari.

Sin dall'ammissione, gli infermieri monitorano il paziente sia in termini di peso corporeo sia in termini di parametri vitali. Si monitorano anche la modalità e la durata dell'alimentazione e dei relativi comportamenti messi in atto dal paziente, compresi quelli di eliminazione o di compensazione (Coomb A., 2011).

L'infermiere condivide il piano assistenziale individualizzato con il paziente.

L'infermiere deve avere anche l'accortezza di poter parlare delle paure del paziente correlate al momento del pasto in maniera sincera e chiara.

L'infermiere può scegliere di riconsegnare gradualmente la responsabilità al paziente durante il pasto non appena si raggiunge un peso corporeo adeguato e un miglioramento nell'atteggiamento associato all'alimentazione. Quindi l'infermiere non si siederà più a fianco del paziente, ma lo sorveglierà a debita distanza.

Anche l'attività fisica, che spesso viene recepita come un metodo compensatorio, può essere reintrodotta gradualmente in maniera salutare e non intensa.

Possono essere organizzati dei gruppi di pazienti con DCA in fasi diverse del percorso, dove coloro che hanno già superato i momenti iniziali più difficili possono incoraggiare i nuovi assistiti a condividere le esperienze e le paure da affrontare.

Gli infermieri riportano che spesso i genitori sentono di perdere il controllo e di sentirsi incapaci di far ritornare il proprio figlio alle normali abitudini alimentari, ecco perché è fondamentale che i genitori siano presenti al momento del pasto. Infatti, viene insegnato loro come incoraggiare il figlio a continuare a mangiare, nonostante la paura di prendere peso abbia il sopravvento, come far diventare il pasto un'esperienza positiva e meno stressante e come riguadagnare il controllo sulle abitudini alimentari del figlio.

Le principali diagnosi infermieristiche sono:

- DIMINUZIONE DELLA GITTATA CARDIACA; RISCHIO DI.

I fattori relativi sono alterazioni della frequenza cardiaca, ritmo e precarico.

Le caratteristiche definenti sono bradicardia, cambiamenti elettroencefalografici, palpitazioni, stanchezza.

L'outcome desiderato è un adeguato output cardiaco come evidenza di normali polso, pressione arteriosa e ritmo.

- **DOLORE, ACUTO.**

I fattori relativi sono crampi addominali, irritazione dell'epigastrio e della mucosa gastrica, distensione gastrica.

Le caratteristiche definenti sono rapporto verbale, smorfie facciali, risposta autonoma (improvviso o severo dolore).

Gli outcomes desiderati sono verbalizzare il sollievo dal dolore usando le scale, seguire i regimi farmacologici prescritti, verbalizzare metodi per provare sollievo, identificare ed esibire strategie per prevenire la ricorrenza.

- **ANSIA**

I fattori relativi sono la minaccia percepita sul corpo fisico, sull'immagine corporea e sul concetto di sé.

Le caratteristiche definenti sono espressione della preoccupazione, dell'apprensione, della paura, dell'angoscia e dell'afflizione; preoccupazione della forma del corpo e del peso; comportamenti compulsivi e ritualistici; difficoltà di concentrazione; abilità ridotta del problem-solving; risposta autonoma; spunti non verbali (tensione facciale, agitazione psicomotoria, ecc).

L'outcome desiderato è di ridurre l'ansia come evidenza per aspetto e autovalutazione, conoscenza e paure discusse, riconoscimento delle paure sane e non sane, identificazione e dimostrazione delle tecniche per diminuire l'ansia.

- **COPING, INEFFICACE**

I fattori relativi sono ansia, depressione, pattern di risposta maladattiva, inadeguato supporto sociale, crisi maturativa.

Le caratteristiche definenti sono la verbalizzazione dell'inabilità di far fronte o di richiedere aiuto, compromissione della connessione e delle percezioni, diminuzione della capacità di problem-solving, uso di un comportamento maladattivo e autodistruttivo (manipolazione verbale, episodi di abbuffata, abuso di lassativi, ecc...)

L'outcome desiderato è identificare comportamenti e conseguenze inefficaci di coping, identificare ed usare strategie alternative di coping, dimostrare skills adattative al problem-solving, identificare risorse per la prevenzione delle crisi.

- **COPING, FAMIGLIA DISABILI**

I fattori relativi sono relazioni ambivalenti, stili di coping discordanti, resistenza al trattamento e sentimenti inespressi verso i membri della famiglia.

Le caratteristiche definenti sono negazione dell'esistenza o severità delle condizioni del paziente, intolleranza, trascuratezza, rifiuto, ostilità, abbandono, invischiamento, eccessivamente fissato sul paziente o sulla malattia del paziente.

L'outcome desiderato è esprimere sentimenti appropriati e aperti; verbalizzare comprensione realistica e aspettative del paziente; visitare o contattare il paziente regolarmente; partecipare positivamente nella cura del paziente con limiti dell'abilità familiare, necessità dei pazienti e piano di trattamento.

- **NEGAZIONE, INEFFICACE**

I fattori relativi sono l'inabilità o il rifiuto ad accettare la presenza o la severità della malattia.

Le caratteristiche definenti sono la mancanza di riconoscere la severità dei sintomi, e l'impatto del benessere; minimizzazione dei sintomi; sembrare indifferente quando inoltra severi segni e sintomi; ritardo o rifiuto nel trattamento della malattia; commenti sprezzanti quando si discute di malattia.

L'outcome desiderato è l'incremento dell'intuizione e della motivazione, esibizione del capire delle prognosi e del processo; accettare appropriati interventi medici e psichiatrici.

- **REGOLAZIONE DELL'UMORE, ALTERAZIONE**

I fattori relativi sono l'ansia, la depressione, l'alterazione psichiatrica e il cambiamento del peso.

Le caratteristiche definenti sono rapido e prolungato cambiamento dello stato umorale; affetto labile osservato; reattività emozionale; isolamento sociale; inflessibilità psicologica; disforia; rabbia; ostilità; irritabilità; la parlata può essere lenta o veloce, tenue o forte, ristretta o espansiva, o pressione.

L'outcome desiderato è stabilire strategie di coping per trattare con emozioni mutevoli e cognizioni distorte; gestire ansia, depressione e altri sintomi di una

alterata regolazione dell'umore; migliorare la regolazione dell'umore e tolleranza al disagio.

- **IMPOTENZA**

I fattori relativi sono l'ospedalizzazione, il piano del trattamento (prendere peso, sensazioni di felicità).

Le caratteristiche definenti sono espressioni di apatia, passività, incertezza, o una mancanza di controllo rispetto alla terapia e al prendersi cura di se stessi; verbalizzare insoddisfazione e frustrazione con i limiti messi nei comportamenti maladattivi (vomito autoindotto); incapacità a fermare i momenti delle abbuffate; nessuna partecipazione nella presa in cura; dipendenza da altri.

L'outcome desiderato è di affermare il senso di controllo nella presente situazione e sui futuri outcomes, partecipare in decisioni considerando il piano di cura, identificare le aree dove c'è il controllo del paziente e quelle in cui esso manca.

- **COSTIPAZIONE, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono un minore riempimento gastrico, abitudini alimentari scadenti e disidratazione.

Le caratteristiche definenti sono diminuzione della frequenza delle feci; feci asciutte, dure, formate; diminuito suono intestinale; dolore addominale o posteriore; massa addominale palpabile.

L'outcome desiderato è stabilire una normale eliminazione intestinale (feci soffici e formate), identificare fattori contribuenti e strategie preventive appropriate, esibire un'adeguata assunzione di fluidi e cibi, esprimere sollievo da un disagio associato.

- **NON COMPLIANCE**

I fattori relativi sono sistema di valori, convinzioni salutari, fattori culturali, motivazione, e prontezza per cambiare incongruenze con il piano di cura; difficoltà nella relazione paziente-specialista.

Le caratteristiche definenti sono comportamento resistente; non aderenza al regime di trattamento; mancanza di progresso e/o fallimento ad incontrare outcomes; minimizzazione della severità della malattia; svalutazione del team terapeutico; esacerbazione dei sintomi e sviluppo di complicanze associate.

L'outcome desiderato è partecipare nello sviluppo di piani e obiettivi del trattamento, dimostrare comprensione del disordine e del regime terapeutico, descrivere ogni giorno schemi nutrizionali e di attività per raggiungere obiettivi terapeutici, identificare complicanze e una non compliance.

- **NUTRIZIONE, SQUILIBRATA: MENO DELLA RICHIESTA CORPOREA**

I fattori relativi sono insufficiente apporto dietetico dovuto a una severa restrizione calorica auto imposta o al rifiuto di mangiare, diminuita ingestione di cibo o assorbimento dei nutrienti secondari al vomito autoindotto oppure all'abuso di lassativi.

Le caratteristiche definenti sono apporto di cibo al di sotto dell'indennità giornalmente raccomandata, peso corporeo inferiore al 15% del peso ideale, perdita di peso, fame e sazietà alterate, tono muscolare ridotto e grasso sottocutaneo, ritrovamenti laboratoristici del deficit di proteine e vitamine.

L'outcome desiderato è stabilire un regolare schema dietetico e un apporto calorico normale per supportare e mantenere un peso corporeo normale; mostrare progressivo guadagno attraverso l'obiettivo del peso; esporre una normalizzazione dei valori di laboratorio; liberarsi dei segni di malnutrizione; esprimere la comprensione dei bisogni nutrizionali; mostrare un apporto adeguato di cibo; astinenza al binge eating e all'uso di inappropriati comportamenti compensatori.

- **OBESITÀ; SOVRAPPESO, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono un apporto di cibo eccessivo relativo ad un bisogno metabolico.

Le caratteristiche definenti sono negli adulti un BMI di 25-29.9 (sovrappeso), >30 (obesità); meno della attività fisica giornaliera raccomandata; guadagno di peso; riporto di episodi di abbuffate; schemi di alimentazione disfunzionale osservati.

L'outcome desiderato è verbalizzare la comprensione dei bisogni nutrizionali e il rischio dell'aumento di peso, mostrare appropriati cambiamenti nei comportamenti negli schemi alimentari, identificare strategie di coping alternative al posto delle abbuffate, esibire l'assenza di abbuffate.

- **SQUILIBRI ELETTROLITICI, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono eccessivo volume di fluido, insufficiente volume di fluido, vomito autoindotto, diarrea (abuso di lassativi).

Le caratteristiche definenti si correlano ai fattori di rischio: restrizione dell'apporto dei fluidi, carico di acqua, vomito autoindotto, uso di lassativi, valori di laboratorio anormali elettrolitici e complicanze associate (anormalità cardiache, edema, alterato stato mentale).

L'outcome desiderato è mantenere valori normali elettrolitici di laboratorio, stabilizzare il volume dei fluidi, astinenza al vomito, importante conoscenza del funzionamento degli elettroliti, verbalizzare fattori di causa e segni e sintomi di squilibrio.

- **VOLUME CARENTE DEL FLUIDO, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono una perdita di fluidi attraverso un inadeguato apporto, vomito autoindotto, abuso di lassativi, clisteri e/o diuretici.

Le caratteristiche definenti sono fattori di rischio: diminuita minzione, urine concentrate, l'output supera l'introito, improvvisa perdita di peso, aumentato ematocrito, polso accelerato, diminuita pressione arteriosa, ipotensione ortostatica, malessere, pelle secca e turgore.

L'output desiderato è mantenere il volume di fluido ad un livello funzionale come evidenza di un adeguato apporto giornaliero di fluido, segni vitali normali, membrane mucosali idratate; verbalizzare la comprensione di fattori causali e di strategie preventive; comportamenti dimostrati che promuovono un'adeguata idratazione.

- **ECESSIVO VOLUME DI FLUIDO; RISCHIO DI SQUILIBRIO DEL VOLUME DEL FLUIDO.**

Il fattore relativo è un eccesso di fluido relativo alla rialimentazione.

Le caratteristiche definenti sono severa malnutrizione richiedente la necessità per la rialimentazione, scoperte anormali fisiche (improvviso aumento di peso, bassa gravità specifica, edema, squilibrio elettrolitico).

L'outcome desiderato è il mantenimento di una normale minzione, normali segni vitali e assenza di edema; descrivere la comprensione di una dieta o di una restrizione di fluidi.

- **CONOSCENZE INSUFFICIENTI IN MATERIA DI BISOGNI DI CONDIZIONI, PROGNOSE E/O TRATTAMENTO.**

I fattori relativi sono conoscenza inadeguata, mancanza di conoscenza, distorsioni cognitive.

Le caratteristiche definenti sono verbalizzare il deficit, l'inadeguato apporto di cibo e liquidi e sviluppo di complicanze prevenibili, idee sbagliate sulla perdita di peso attraverso l'uso inappropriato di comportamenti compensatori.

L'outcome desiderato è partecipare in processi di apprendimento; spiegare le conseguenze nutrizionali, psicologiche, mediche e sociali del disordine; esibire comprensione del regime di trattamento; elencare le risorse disponibili dopo la dimissione.

- **SUICIDIO, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono impulsività, comorbidità maggiore depressione.

Le caratteristiche definenti sono fattori di rischio: storia di precedenti tentativi di suicidio; episodi di depressione maggiore; umore depresso clinicamente significativo; ideazioni, piani, gesti di suicidio o recenti tentativi; verbalizzazione di sentirsi tristi, senza speranza, che la vita non vale la pena essere vissuta.

L'outcome desiderato è rimanere al sicuro e senza armi, esprimere verbalmente sentimenti, discutere ideazioni suicidarie e cercare aiuto, rimanere libero dall'accesso ad oggetti potenzialmente pericolosi, mantenere indipendentemente il proprio controllo.

- **AUTOMUTILAZIONE, RISCHIO DI.**

I fattori relativi sono la comorbilità della personalità borderline, dissociazione, uso di gesti suicidari per manipolare gli altri, risorse inappropriate per togliere la tensione. Le caratteristiche definenti sono fattori di rischio: storia di autolesionismo; storia di tentato suicidio o abuso; agitazione psicomotoria; incapacità di verbalizzare i sentimenti.

L'outcome desiderato è rimanere al sicuro e senza armi, esprimere verbalmente sentimenti, identificare eventi precipitanti, impegnarsi nell'uso di sistemi di coping adattivi per gestire le urgenze, mantenere indipendentemente il proprio controllo.

- **TRAUMA, RISCHIO DI.**

Il fattore relativo è la perdita dell'integrità ossea.

Le caratteristiche definenti sono fattori di rischio: malnutrizione a lungo termine, storia di frattura ossea e perdita ossea.

L'outcome desiderato è rimanere senza trauma, dimostrare appropriati comportamenti rivolti alla riduzione della lesione.

- DENTIZIONE, ALTERATA.

I fattori relativi sono vomito autoindotto cronico.

Le caratteristiche definenti sono erosione o decolorazione dello smalto, dolore ai denti.

L'outcome desiderato è verbalizzare la comprensione di un'appropriata igiene orale, accedere alle cure odontoiatriche, astinenza a vomitare.

- IMMAGINE CORPOREA, DISTURBATA.

I fattori relativi sono le distorsioni cognitive dell'attuale taglia, forma e/o apparenza del proprio corpo.

Le caratteristiche definenti sono sensazioni negative o espressioni di vergogna o colpa rispetto al corpo e/o al peso, occultamento del corpo con vestiti extra larghi, dipendenza dalle altre opinioni riguardo al corpo e/o al peso.

L'outcome desiderato è migliorare o normalizzare la percezione della misura, della forma e/o dell'apparenza; verbalizzare congruenza tra la propria percezione e l'attuale forma del corpo e/o taglia; affermare aspetti positivi riguardo al corpo.

- AUTOSTIMA, SITUAZIONE BASSA.

I fattori relativi sono un'autostima negativa.

Le caratteristiche definenti sono autostima negativa, vergogna e colpa espressi, rigetto di un feedback positivo; cercare rassicurazioni ripetutamente, dipendenti, autostima solamente determinata dalla forma corporea e dal peso.

L'outcome desiderato è dimostrare comportamenti con il fine di promuovere l'autostima, verbalizzare aumentato senso di autostima e auto accettazione, verbalizzare la forza personale.

Gli interventi infermieristici potenziali per le diagnosi infermieristiche sono:

- ANSIA:

Aiutare ad identificare la minaccia percepita;

Valutare il livello di ansia e la risposta fisica, ascoltare e incoraggiare per esprimere sensazioni, riconoscere le paure dei pazienti, rinforzare skills di coping positive e insegnare opzioni aggiuntive (es. tecniche di rilassamento), sviluppare il piano per provare misure alternative per il sollievo dall'ansia, provvedere rinforzamenti positivi e feedback per l'uso di misure adattive, amministrare agenti anti-ansia.

- **IMMAGINE CORPOREA, DISTURBATA:**

Valutare la percezione corporea, l'impatto di funzionamento e le influenze sociali e familiari che contribuiscono al disturbo;

Determinare la misura in cui l'immagine corporea del paziente è congruente con la realtà;

Permettere le espressioni di paura;

Assistere alla corretta distorsione attraverso l'uso di diari di pensieri, emozioni e supposizioni riguardo l'immagine corporea;

Esplorare aspetti positivi del corpo.

- **DIMINUITO OUTPUT CARDIACO, RISCHIO DI:**

Riguardare e monitorare i ritrovamenti di laboratorio e riportare i valori anormali al medico;

Monitorare i parametri vitali;

Riguardare gli studi diagnostici;

Monitorare le entrate e le uscite dei fluidi;

Restringere i fluidi se prescritto;

Spiegare la restrizione dietetica;

Alzare i piedi se presenta edema;

Educare sui cambiamenti di posizioni per evitare l'ipotensione ortostatica e riguardo i segni di un miglioramento dell'output cardiaco.

- **COSTIPAZIONE, RISCHIO DI:**

valutare i fattori contribuenti, incluse le medicazioni;

discutere gli schemi usuali di eliminazione e iniziare uno schema regolare;

usare un diario per l'auto monitoraggio della frequenza, del tempo nel giorno e delle caratteristiche delle feci;

incoraggiare adeguati fluidi giornalieri e apporto di fibre appropriato in base all'età, al genere e ai fattori fisiologici;

valutare il dolore;

auscultare l'addome per i rumori intestinali;

palpare l'addome per la distensione e per le masse;

amministrare agenti gastrointestinali come prescritto;

educare a proposito del ruolo della dieta e dell'apporto di fluidi nella normale funzione intestinale;

- **COPING, INEFFICACE:**

valutare l'intuito e la motivazione per il cambiamento, l'impatto della malattia, il rischio di suicidio e il precedente uso, effetto e tipo di coping;

esplorare paure, senso del controllo e il significato della malattia;

verificare di identificare i bisogni che si incontrano con un ruolo da malato;

indirizzare la manipolazione direttamente e apertamente;

usare un diario alimentare per auto monitorare i fattori precipitanti del bisogno che sta dietro all'abbuffata e dietro comportamenti compensatori;

identificare una lista di fattori di rischio per situazioni vulnerabili per un coping inefficace;

usare il ruolo per insegnare e modellare problem-solving skills;

insegnare strategie alternative di coping;

fornire feedback positivi e costruire auto ricompense per un coping di successo.

- **COPING, DISABILITÀ FAMILIARE:**

stabilire un rapporto con i membri della famiglia;

mantenere una comunicazione efficiente;

esplorare impatti, percezioni, e significati della malattia del paziente;

incoraggiare questioni, espressione di sentimenti e preoccupazione e partecipazione nelle attività terapeutiche;

provvedere informazioni reali per indirizzare aspettative non realistiche e la percezione della severità della malattia;

assistere per riformulare critiche e commenti negativi;

fornire appropriati riferimenti e informazioni per risorse aggiuntive.

- **NEGAZIONE, INEFFICACE:**

Stabilire rapporti e costruirli attraverso una relazione di fiducia;
assistere nell'identificazione dell'impatto del problema sulla vita ed esplorare attuali percezioni di sintomi e bisogni;
assistere all'esplorazione di nuove vie per sentirsi in controllo all'interno dell'ambiente;
esplorare le paure associate al trattamento.

- **DENTIZIONE, INAPPROPRIATA:**
promuovere una routine biennale di valutazione dentistica, pulizia e addizionali cure odontoiatriche;
incoraggiare un'adeguata igiene orale come indicato;
incoraggiare la cessazione di comportamenti purganti e il mantenimento dell'apporto adeguato di fluidi e cibo.
- **SQUILIBRIO ELETTROLITICO, RISCHIO DI:**
essere attenti ai segni e sintomi dello squilibrio elettrolitico;
valutare il funzionamento cardiaco, gastrico e neurologico, così come lo stato mentale e il livello di dolore;
monitorare i valori di laboratorio;
monitorare i parametri vitali, incluso il ritmo cardiaco, e le entrate e le uscite di fluidi e riportare le anomalie al medico;
insegnare al paziente l'importanza di valori elettrolitici stabili per un buon funzionamento corporeo.
- **VOLUME DEL FLUIDO, DEFICIENTE, RISCHIO DI:**
monitorare le entrate e le uscite dei fluidi e le fluttuazioni giornaliere di peso;
incoraggiare un adeguato apporto di fluidi giornaliero in base all'età, al genere e ai fattori psicologici;
verificare le membrane mucose e il turgore della pelle; monitorare la pressione arteriosa ortostatica ogni 4 ore e più frequentemente se indicato;
accompagnare in bagno se si sospetta il vomito autoindotto;
riguardare i valori di laboratorio e riportare le anomalie al medico;
educare sul bisogno di apporto di liquidi, sulla skin care e sul cambio posturale per evitare l'ipotensione ortostatica; promuovere l'igiene orale.

- **ECESSO DI VOLUME DEI LIQUIDI, RISCHIO DI VOLUME DEL FLUIDO SQUILIBRATO:**
 essere attenti ai segni e sintomi di un sovraccarico di fluidi associato alla rialimentazione, monitorare i parametri vitali e il peso regolarmente, notare la presenza e il grado dell'edema usando scale standardizzate e schemi di minzione, riguardare i dati di laboratorio e riportare le anomalie al medico;
 restrizione di fluidi e/o monitoraggio se necessario.
- **DEFICIT DI CONOSCENZA A PROPOSITO DI CONDIZIONI, PROGNOSE E/O NECESSITÀ DI TRATTAMENTI:**
 valutare il livello di conoscenza relativamente al disturbo, alla prognosi, ai fattori nutrizionali, psicologici, sociali e fisiologici e complicanze mediche;
 valutare la preparazione e l'abilità di imparare;
 identificare le persone che hanno bisogno di supporto e informazioni;
 usare varie forme di insegnamento per coinvolgere il paziente;
 discutere le risposte di laboratorio;
 fornire feedback e valutazione dell'apprendimento.
- **REGOLAZIONE DELL'UMORE, ALTERATA:**
 assistere il paziente per identificare gli inneschi per una disregolazione dell'umore,
 valutare l'umore e i sintomi psicologici e fisiologici associati,
 incoraggiare il paziente ad esprimere i sentimenti e ad ascoltare empaticamente,
 identificare meccanismi di coping e fornire feedback positivi e rinforzamenti;
 amministrare antidepressivi o altre terapie prescritte.
- **NON COMPLIANCE:**
 trasmettere l'accettazione del paziente separatamente dal comportamento dello stesso,
 discutere le percezioni e capire il disordine,
 ascoltare le preoccupazioni e le lamentele,
 verificare il livello di ansia e il senso di controllo,
 chiarificare il sistema dei valori e delle credenze;
 impegnarsi nella definizione degli obiettivi reciproci,

identificare strategie di trattamento più accattivante e le strategie suscettibili di portare a non conformità,

contrattare per la partecipazione nelle cure,

dare informazioni ai pazienti e stabilire obiettivi incrementanti.

- **NUTRIZIONE, SQUILIBRIO: MENO DELLA RICHIESTA CORPOREA:**
 - valutare le motivazioni per il cambiamento;
 - stabilire un obiettivo di peso con il team terapeutico e il paziente;
 - stabilire una struttura intorno alla terapia nutrizionale;
 - stabilire un regime calorico giornaliero per la stabilizzazione del peso ed eventuale incremento di peso in collaborazione con il nutrizionista;
 - valutare la comprensione dei bisogni nutrizionali;
 - registrare l'apporto alimentare di cibo e liquidi;
 - calcolare l'apporto calorico giornaliero;
 - monitorare i parametri vitali, compresa la pressione arteriosa ortostatica;
 - monitorare i pasti;
 - provvedere piccole quantità di cibo a più frequenti intervalli durante il giorno;
 - nel caso in cui si faccia una dieta liquida per via del sondino nasogastrico è ritenuto necessario attenersi alle regole dei protocolli di unità;
 - osservare per 1 ora dopo il pasto per dissuadere da comportamenti purganti;
 - monitorare l'uso del bagno se vomita o se c'è un apporto di acqua potenzialmente pericoloso;
 - esplorare sensazioni ed emozioni associate all'apporto di cibo;
 - limitare l'apporto di caffeina ad 1 volta al giorno;
 - insegnare a riconoscere i segnali di normale senso di sazietà e fame.
- **OBESITÀ; SOVRAPPESO, RISCHIO DI.**
 - Valutare la motivazione per cambiare ed essere a conoscenza dei bisogni nutrizionali;
 - accertare le percezioni del cibo e delle abbuffate;
 - implementare uno schema alimentare di routine;
 - implementare l'automonitoraggio con un diario alimentare;
 - calcolare l'apporto calorico totale;
 - valutare il grado di restrizione dietetica;

identificare attività diversive da usare al posto delle abbuffate;
identificare situazioni ad alto rischio per le abbuffate;
provvedere a rinforzi positivi per i giorni in cui non ci sono abbuffate;
identificare attività diversive per evitare le abbuffate;
identificare segnali di normale senso di sazietà e fame;
esplorare sentimenti ed emozioni associati con l'apporto alimentare.

- **DOLORE, ACUTO:**

verificare localizzazione, inizio, durata, frequenza, qualità, fattori precipitanti e aggravanti;
determinare la causa del dolore;
monitorare i parametri vitali;
ottenere la storia di precedenti esperienze con il dolore e i metodi di sollievo;
incoraggiare la verbalizzazione del dolore.

- **IMPOTENZA:**

determinare la percezione del controllo;
fornire opportunità per esprimere sentimenti e preoccupazioni,
incoraggiare domande;
esprimere speranza per il paziente;
identificare aree oltre il controllo e le aree in cui i pazienti possono partecipare attivamente;
minimizzare le regole e ridurre continue osservazioni come sulla sicurezza;
modellare strategie di problem-solving ed esplorare nuove strategie;
includere i pazienti nei risultati ottenuti nelle cure;
permettere di stabilire schede di attività di self-care.

- **AUTOSTIMA, BASSA SITUAZIONALE:**

assistere i pazienti nell'identificazione di fattori contribuenti;
incoraggiare e fornire rinforzi positivi per indipendenti prese di decisioni e la partecipazione nel planning terapeutico;
incoraggiare l'espressione di sentimenti ed emozioni;
assistere per identificare punti di forza e auto attributi positivi non relativi alla forma corporea e al peso;
incoraggiare referenze positive di sé;

- **AUTOMUTILAZIONE, RISCHIO DI:**
 - valutare una rabbia impulsiva, non prevedibile, e intensa;
 - monitorare il paziente da vicino;
 - valutare l'identificazione di sentimenti e comportamenti che precedono l'urgenza dell'automutilazione e le conseguenze della stessa;
 - assistere per esprimere sentimenti in modo appropriato;
 - strutturare un ambiente che mantenga aperta la comunicazione tra lo staff e il paziente;
 - rimuovere oggetti pericolosi dall'ambiente di cura;
 - stipulare un contratto in cui il paziente non si fa del male in un lasso di tempo specificato.
- **SUICIDIO, RISCHIO DI:**
 - assegnare al paziente una stanza vicina agli infermieri;
 - non lasciare da solo il paziente se il rischio è alto;
 - passare del tempo con il paziente;
 - valutare il possibile autolesionismo chiedendo direttamente a proposito di uccidere se stesso, piani, intenti e metodi;
 - creare e mantenere un ambiente sicuro;
 - scoprire e conoscere le realtà dietro un sentimento di suicidio;
 - stipulare un contratto in cui il paziente si limita a non mettere in atto autolesionismo;
 - monitorare da vicino;
 - incoraggiare a parlare dei sentimenti;
 - aiutare a identificare la speranza;
 - identificare successi passati e correnti;
 - rimanere calmo e mettere dei limiti in un inappropriato comportamento;
 - esplorare le idee di morte quando vengono espresse;
 - identificare e ingaggiare un sistema di supporto;
 - identificare risorse comunitarie;
 - stabilire un piano per chiedere aiuto in caso di crisi.
- **TRAUMA, RISCHIO DI:**
 - orientare il paziente verso l'ambiente;

incoraggiare un adeguato apporto nutrizionale;
implementare restrizione dell'attività fisica;
amministrare un supplemento di calcio se prescritto;
informare e guidare anticipatamente con considerazione del test della densitometria ossea se prescritto.

Capitolo 6: Conclusione

La persona deve essere vista con una visione olistica nel suo insieme in modo che ne esalti le unicità, che permetta un approccio e un trattamento individuale. In Italia, come anche nel mondo, le persone affette da DCA sono in costante aumento. Nel 2022 raggiungevano il 5% della popolazione e colpisce soprattutto adolescenti e preadolescenti.

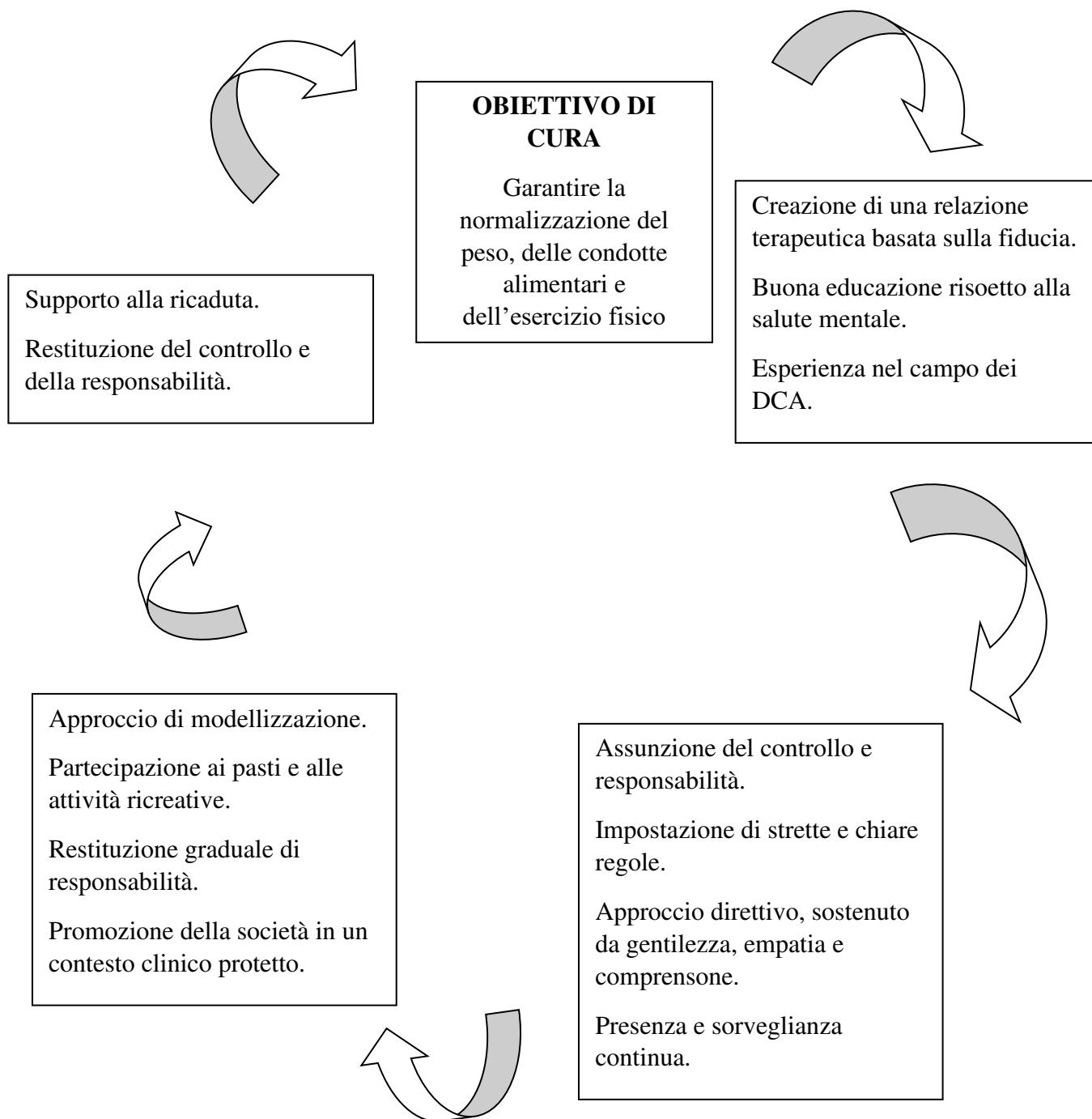
La dispercezione corporea, ovvero un'alterata immagine di sé, è molto comune in questa fascia di età, anche se le cause non sono ancora ben definite. Le possibili cause scatenanti sono traumi passati, influenze sociali, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi d'ansia, depressione e tipologia di rete sociale di supporto.

Chi ne soffre e i familiari o caregivers devono essere tempestivi nel riconoscere segni e sintomi del problema, i possibili fattori scatenanti e i comportamenti nutrizionali inadeguati. Educandoli, si cercherà di rendere l'individuo autonomo per migliorare il proprio autocontrollo.

La famiglia e l'equipe terapeutica deve mantenere un comportamento acritico, privo di giudizio. In questo modo sarà più semplice motivare il paziente al cambiamento e a guardare il futuro con speranza. Essi, inoltre, devono sempre mantenere un ascolto attivo che sia propenso a scoprire le preoccupazioni, le paure e i dubbi del paziente. Se l'infermiere si mostra comprensivo, il paziente si sentirà al sicuro e sarà più facile per lui aderire al trattamento.

È fondamentale un continuo aggiornamento su queste tematiche attraverso evidenze scientifiche.

Il riassunto del processo degli interventi infermieristici efficaci è sotto riassunto.



Bibliografia:

1. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa#diagnosi>
2. <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR™). Quinta edizione. Arlington. American Psychiatric Association Publishing. 2013.
4. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-di-ruminazione>
5. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa>
6. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-dell-assunzione-di-cibo>
7. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/pica>
8. Corral-Liria I., Alonso-Maza M., Gonzàles-Luis J., Fernàndes-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M. Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022; 58(2):840-849
doi: 10.1111/ppc.12858
9. Snell L., Crowe M., Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(3-4):351-8

10. Davies N. The role of the nurse in eating disorder recovery. *Independent Nurse*. 2017; 25-27
11. Seah X. Y., Tham X. C. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2015; 28(2):136-41
12. Wolfe B. E., Dunne J. P., Kelly M.R. Nursing care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *The Nursing Clinics of North America*. 2016; 51(2):213-35
13. Zugai J. S., Stein-Parbury J., Roche M. Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(2):443-453
doi: 10.1111/jan. 13410
14. Stavarski D.H., Alexander R. K., Ortiz S. N., Wasser T. Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019;26(1-2):29-38
doi: 10.1111/jpm.12507
15. Carvalho Martins C. R., Vaccari Caccavo P. Nurses and clientele with anorexia and bulimia: a case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65(3):495-500
doi: 10.1590/s0034-71672000300015
16. Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2013 Jul; 22(13-14):2020-9
doi: 10.1111/jocn.12182
17. Ambrogne J.A. Assessment, Diagnosis, and Treatment of Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2017;55(8):32-38
doi: 10.3928/02793695-20170627-01

- 18.** Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. 2011; 24(1):16-22
doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- 19.** Coombs A. Case study: Treating eating disorders in the community. *British Journal of School Nursing*. 2011;6(6):284-288
doi:10.12968/bjsn.2011.6.6.284
- 20.** Berge J.M., Loth K., Hanson C., Croll-Lampert J., Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(9-10):1355-63
doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x
- 21.** Gísladóttir M., Svavarsdóttir E. K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 18(2):122-30.
doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x
- 22.** Kells M., Schubert-Bob P., Nagle K., Hitchko L., O'Neil K., Forbes. P., McCabe M. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clinical Nursing Research*. 2017; 26(4):525-537.
doi: 10.1177/1054773816637598
- 23.** Beukers L., Berends T., de Man-van Ginkel J. M., van Elburg A. A., van Meijel B. Restoring normal eating behavior in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International journal of mental health nursing*. 2015;24(6):519-26.
doi: 10.1111/inm.12150
- 24.** Barbara E. Wolfe, Julie P. Dunne, Meredith R. Kells. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder, 2016; 213-235

doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.006

25. http://www.disturbialimentarionline.gov.it/Mappa_DCA/ , 2015, Le buone pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare.
26. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders Third Editions. 2006
<http://www.disturbialimentari.gov.it/MappDCA/images/Documenti/apaguidelin.pdf.aspx.pdf> (ultima consultazione 2015)
27. Perkins S., Winn S., Murray J., Murphy R., Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part I: The emotional impact of caring. *Int J Eat Disord.* 2004;36(3):256-268
28. Ryan V., Malson H., Clarke S., Anderson G., Kohn M. Discursive constructions of “eating disorders nursing”: an analysis of nurses’ accounts of nursing eating disorder patients. *European Eating Disorders Review.* 2006; 14(2):125-135
29. King S., Turner D. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses’ perspective. *J Adv Nurs.* 2000;32(1):139-147
30. Anastasiadou D., Medina-Pradas C., Sepulveda A., Treasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviours.* 2014;15(3):464-477
31. Hibbs R., Rhind C., Leppanen J., Treasure J. Carer’s experience and perceived effects of a skill based training programme for families of people with eating disorders: A qualitative study. *European Eating Disorders Review.* 2010;19(6):475-486
32. Treasure J., Whitaker W., Todd G., Whitney J. A description of multiple family workshop for carers of people with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review.* 2011;20(1):e17-e22
33. Sepulveda A., Lopez C., Todd G., Whitaker W., Treasure J. An examination of the impact of “the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshop”

on the well-being of carers. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*. 2008;43(7):584-591

34. Ministero della salute

35. Kathleen Peterson, Rebecca Fuller. Anorexia nervosa in adolescents: an overview. *Nursing* 2019

36. Neha R., Keerthana K., Khayati M. Pica an eating disorder: an overview. 2020. *Journal Pharmacophore*.

37. Jacquelin R., Jayne C., Phyllis M. Connolly. Bulimia nervosa: knowledge, awareness, and skill levels among advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of nurse practitioners*. 2002

Ringraziamenti

Questa tesi è dedicata a tutti coloro che ho incontrato nel percorso del mio dolore da 10 anni a questa parte, è dedicata a tutte le persone che si sono prese cura di me, a partire dalle strutture che mi hanno ospitato. La dedico quindi a Palazzo Francisci e a Villa Oasi. La dedico a Francesca D.G. con la quale ho condiviso i miei 16 anni all'interno della struttura, ma che poi è stata una risorsa di vita anche fuori, nonostante la distanza. La dedico a Michela Z., il mio angioletto che mi protegge da lassù e che la malattia si è portata via troppo presto. La dedico ad Angelica C. che lotta ancora insieme a me, che sa abbracciarmi nei momenti più delicati nonostante non sopporti il contatto fisico e che considero ormai come una sorella. Lo dedico a Giusy che fin dai primi momenti ha saputo stare al mio fianco nonostante il dolore condiviso, che si è soffermata a darmi consigli e ad ascoltarmi. Ma la dedico a tutte, a Giulia T., Elisa, Alessia, Giulia S., Marta, Melania, Sofia, Rebecca, Virginia, Anna, Monica, Giada, Chiara A., Chiara Z., Consuelo, Giulia R., Giulia P., Giulia M., Asya, Giusy, Laura, Eddy, Piersilvio, Sara, Sarah, Emily, Fiammetta, Genny, Virginia D., Valentina, Ilaria, Elisabetta, Ida e Antonio, Enza, Diletta ecc... ognuno di loro mi ha donato un pezzo del loro amore, nonostante il dolore e la paura.

La dedico ad Hanan che ora non lotta più contro i suoi mostri. Va a lui che ha saputo strapparmi un sorriso anche nei momenti più bui. Va a lui che ha saputo riempirmi di affetto, nonostante le perdite ed il dolore. Va a lui che ogni giorno, anche se a distanza, aspettava una giornata intera per vedermi attraverso uno schermo. Va a lui che nella sua fragilità sa essere una roccia per le persone che ama. Perché se ci mette il cuore sa sorprendere chiunque. La dedico a lui, alla sua famiglia e ad Ayan che sono sicura ci protegge dall'alto. Dovremmo essere tutti come lui, aperti al prossimo e sempre sorridenti, nonostante le condizioni fisiche ed emotive. Va a lui che ha avuto sempre una parola di speranza. Va a lui che mi ha raccolto in un mare in tempesta e mi ha reso placata, tranquilla. Va a lui che ha saputo sostenermi nei momenti più difficili. Va a lui che nonostante i miei difetti ha continuato a scegliermi. Va a lui che mi ha accompagnato in questo ultimo percorso, con tantissimi alti e bassi, tante lacrime cadute ma anche tanti sorrisi e tanto amore. Spero perciò che mi accompagnerà per il resto della vita.

A tutte queste persone faccio il mio augurio più caldo di guarigione, di libertà. Il mondo può essere colorato e meraviglioso se visto attraverso gli occhi giusti.

Con questo proposito ringrazio immensamente le persone specializzate che mi seguono o mi hanno seguito e che mi hanno accompagnato mano nella mano: Ginevra Oriani, Michela Barchiesi, Arianna Panzini (che mi hanno visto crescere, combattere, cadere e rialzarmi), Costanza Pannacci, Ilenia Carnazza (con cui ho condiviso un percorso intenso al Palazzo Francisci), Valentina Severini (che mi ha accolto in un momento buio e lo ha trasformato in uno spiraglio di luce), Veronica Madonna, Piergiorgio Annunzi, Silvia Urbani, Cristina Bruni, Piersandro Bucci, Andrea Fabbri, Nicoletta Manzetti, Giorgia Pellegrini (che mi hanno supportato in questo ultimo anno pieno di emozioni). Ringrazio inoltre tutti gli educatori, le infermiere e le dietiste/nutrizioniste che si sono presi cura di me e che mi hanno spronato sempre di più ad aprirmi e a condividere il dolore per poi sentirmi più leggera: Pamela, Manolo, Luca, Giorgio, Giulia, Alessia, Teodora, Inez; Federica, Ambra, Alice, Laura, Giorgia, Khadija; Silvia, Giada, Alice, Sara e Aleandra.

Particolarmente voglio ringraziare Piergiorgio e Pamela per aver creduto sempre in me, per avermi fatto toccare con mano le mie vittorie, per avermi spronato ad essere sempre migliore e per avermi ascoltato durante i momenti di crisi. Ringrazio loro perché hanno combattuto in prima persona per aggiungere sempre un tassello concreto ai miei sogni, per la vicinanza, per gli abbracci significativi, per aver reso il mio futuro qualcosa di reale e visibile anche ai miei occhi, per avermi spianato la strada quando si faceva troppo in salita, per avermi donato attimi della loro vita. Perché a volte la relazione tra operatore e paziente può diventare una boa di salvataggio, un qualcosa che va oltre al lavoro. Grazie quindi per esserci sempre stati e per avermi permesso di realizzarmi come persona. Grazie per aver messo da parte il lavoro facendo anche una battuta. Grazie a voi so quanto il tempo trascorso con una persona può valere e questo valore me lo porterò sempre dentro, cercando di dedicarlo a mia volta a chi avrò di fronte nel mio percorso lavorativo e di vita. Grazie immensamente per avermi riflesso luce e speranza.

Ora i ringraziamenti ufficiali. Ringrazio il relatore Giordano Cotichelli per avermi guidato nella stesura di questo documento e per essersi reso disponibile fin da subito a sostenermi. Grazie immensamente.

Ringrazio tutti i professori, i tutor e gli infermieri a cui sono stata affiancata durante il tirocinio, per avermi trasmesso l'amore per questo lavoro e la vocazione nell'aiutare le persone.

Ringrazio la mia famiglia. Un giorno un educatore mi disse che ognuno ha la propria famiglia, che sia unita o separata, e che sta a noi riunire le persone come pezzi di un puzzle. La mia mi ha sostenuto nel percorso universitario e nella vita senza farmi mancare nulla attraverso sforzi enormi. Una particolare attenzione va a mio fratello Michele, alla compagna Rebecca e ai miei nipotini Nikita e Leone che mi hanno spronato alla ricerca di una vita migliore. Ringrazio Graziano che per me è entrato a far parte di questa famiglia sin da subito, che mi ha voluta bene come una figlia e che mi ha aiutato sempre quando ne avevo bisogno. Ringrazio mio zio Stefano che nonostante il proprio macigno ha sempre fatto di tutto per farmi aprire gli occhi e sorridere alla vita anche dopo la perdita di zia. Ringrazio mia madre per avermi tenuto sul suo palmo della mano e protetto da ogni lato oscuro che la vita potesse presentarmi, la ringrazio anche per essere stata a volte fin troppo presente perché so che lo ha fatto mettendoci tutto il

suo cuore, perché siamo fondamentali le une per le altre e nemmeno l'indipendenza può dividerci. Ringrazio mio padre che mi ha cresciuto come se fossi la sua principessa, lo ringrazio anche per la lunga assenza perché mi ha fatto comprendere quanto la sua presenza sia fondamentale per me. Grazie ad entrambi per esserci. Ringrazio anche mia sorella Silvia che invece la vita non l'ha potuta ammirare e che so essere in un luogo sicuro a proteggermi in ogni istante.

Ringrazio Alice, la mia ancora, la mia forza. Senza di lei tante volte non avrei respirato, non avrei vissuto. Mi ha fatto scoprire che attraverso la semplicità si può raggiungere grandi traguardi e si può amare una persona di un amore puro e genuino. Mi ha fatto riassaporare aria pulita, limpida. Mi ha stretto in un palmo della sua mano e mi ha portato sempre con lei. Mi ha fatto affrontare paure e c'è stata quando ne avevo più bisogno. È un punto fermo nella mia esistenza, un'onda del mare che trascina via tutte le impurità. Grazie di essere mia amica.

Allo stesso modo ringrazio Rebecca M. che, nonostante gli anni passino e la lontananza ci divida, è sempre presente. Ogni volta che ci vediamo è come se non fosse passato un istante dall'ultima volta. Mi dona speranza e un affetto non quantificabile.

Ringrazio Lucrezia per avermi fatto riaprire gli occhi sulle gioie e sulle normalità della vita. Con il suo spirito mi ha spinto a capire quanto sia importante non tralasciare la compagnia e per questo ne sono immensamente grata.

Ringrazio Sara ed Elisa che mi hanno accolto nel loro nido facendomi riscoprire la bellezza delle cose viste attraverso gli occhi dei bambini, che mi hanno fatto sentire parte di una famiglia sin da subito e che mi hanno fatto comprendere che tutte le difficoltà possono essere superate.

Ringrazio Sindi e Katerina, le mie amiche d'infanzia, alle quali devo tanto perché non si sono mai allontanate, nemmeno quando volevo isolarmi dal mondo. Perché hanno saputo aspettare e con cautela avvicinarsi a me e al mio dolore. Perché non si sono mai date per vinte e hanno continuato ad esserci provando a oltrepassare il mio muro di dolore.

Ringrazio Laura, Danny e Thiago, una seconda famiglia per me, così come Marzia, Vincenzo, Cristian e Manuel. Hanno avuto l'abilità di trasformare il lavoro in piacere. A loro devo tanto.

Ringrazio il mio gruppo di infermiere disagiate (Alejandra, Catia, Erica, Gaia B., Gaia C., Noemi) e poi Gioia e Maria con cui ho condiviso gioie e dolori in questi ultimi 4 anni. Che mi hanno aiutato sempre nei momenti di difficoltà e che purtroppo non sono riuscita a viverle come amiche così come avrei voluto a causa della malattia. Ma so che recupererò. Lo devo a loro e lo devo a me stessa.

Ringrazio Shana e Lara con cui ho condiviso la mia vita negli ultimi 5 anni e che non mi hanno mai fatto mancare nulla, l'affetto in prima battuta.

Ringrazio anche Michele e la sua famiglia che, anche se ora non stanno più al mio fianco, mi hanno sempre supportato e sopportato durante questi anni di alti e bassi. Saranno sempre un pezzo del mio cuore.

Infine, ringrazio l'anoressia. Sì, la ringrazio perché in questi anni mi ha fatto incontrare persone speciali e mi ha fatto capire il valore di un istante. Una citazione a me cara è "L'istante ci fa toccare l'eternità" e la malattia mi ha portato via tutto, ogni istante. Solo attraverso questo però sono riuscita a capire che vale la pena vivere, che non bisogna sprecare un secondo per fare ciò che ti fa stare bene. Perché il tempo non torna indietro e la vita ti metterà sempre di fronte a mille ostacoli. Sta a te saperli affrontare, sta a te trasformarti da bruco a farfalla e volare al di sopra dell'ostacolo. Io continuerò a lottare per questo, fin quando non sarà tutto un ricordo, un pezzo della mia storia. Guarderò indietro negli anni passati e ripenserò all'anoressia come una compagna di viaggio, perché in fondo non posso giudicarla diversamente.