

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	1
1.1. Disturbi del Comportamento Alimentare	5
1.2 Prevenzione DCA	15
1.3. Stile alimentare durante l'infanzia	17
2. OBIETTIVI DELLO STUDIO.....	19
3. MATERIALI E METODI.....	20
3.1. EATING ATTITUDE TEST-26.....	20
3.2. Metodo di indagine.....	22
4. RISULTATI	23
4.1. Dati anagrafici	23
4.2. Indice di massa corporea	25
4.3. Risultati al test EAT-26	28
5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	36
5.1. Interpretazione dei risultati	36
5.2. I limiti della ricerca	40
5.3. Punti di forza della ricerca	40
6. CONCLUSIONI.....	42
7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA	43
BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA	45

1. INTRODUZIONE

Alla luce di quanto emerso nella teoria di Virginia Henderson (1897) è importante stabilire che esistano bisogni comuni a tutti, ed è fondamentale che ci si renda conto che essi debbano essere soddisfatti a seconda della diversità del modo di concepire la vita. I bisogni fondamentali a cui fa riferimento la teoria Henderson sono costituiti dalle sfere biologiche, psicologiche, spirituali e sociologiche collegate tra loro e impossibili da isolare. Il compito del professionista della salute, quale è l'infermiere, è aiutare ogni singolo assistito a raggiungere il livello di indipendenza più avanzato possibile in base al grado della sua patologia, alla sua età, alla sua cultura, alle sue abilità fisiche, intellettuali, alla sfera emotiva e motivazionale.

Alla base dell'assistenza infermieristica secondo la Henderson vi sono:

1. Respirare normalmente;
2. Alimentarsi e bere in modo adeguato;
3. Eliminazione corretta dalle vie escretorie;
4. Muoversi e mantenere la posizione adatta;
5. Dormire e riposare;
6. Vestirsi e svestirsi in modo normale;
7. Mantenere una normale temperatura corporea, con indumenti o modificazioni dell'ambiente;
8. Igiene personale;
9. Evitare i pericoli dell'ambiente;
10. Comunicare con altri per esprimere emozioni, bisogni e timori;
11. Seguire le pratiche religiose;
12. Dedicarsi ad un'occupazione che procuri soddisfazione;
13. Giocare o partecipare ad attività ricreative;
14. Apprendere e soddisfare la curiosità che conduce allo sviluppo dell'intelligenza.

Quando non è più possibile per l'assistito seguire un'adeguata alimentazione, si crea uno squilibrio nell'assunzione di cibo con conseguenze dannose per la salute del soggetto. È compito del professionista infermiere assicurarsi che l'assistito abbia, e riesca a mantenere, abitudini alimentari corrette.

Nel mondo Occidentale i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono sempre più in aumento, soprattutto nella popolazione più giovane. Complessivamente, circa il 5,5-17,9% delle giovani donne e lo 0,6-2,4% dei giovani uomini hanno sperimentato un disturbo alimentare nella prima età adulta (Silèn & Keski-Rahkonen, 2022).

Secondo uno studio risalente al 2023, durante la pandemia Covid-19 si è riscontrato un aumento e peggioramento dei sintomi dei disturbi alimentari, documentato particolarmente in pazienti con DCA comuni tra cui anoressia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, bulimia nervosa ed altri disturbi alimentari specificati (Devoe et al., 2023). Si è verificato un maggiore isolamento ed un aumento dei ricoveri ospedalieri a seguito della pandemia di COVID-19. I giovani sono stati la categoria più colpita, poiché è stata tolta loro la possibilità di andare a scuola ed intraprendere relazioni sociali; vi sono stati dimostrati in seguito cambiamenti nell'indice di massa corporea (IMC) e aumenti di ansia e depressione durante il periodo pandemico, rispetto ai periodi precedenti, legati alla tempistica del lockdown.

Figura 1: I disturbi alimentari 2019-2022 (fonte: Il Sole 24 Ore)

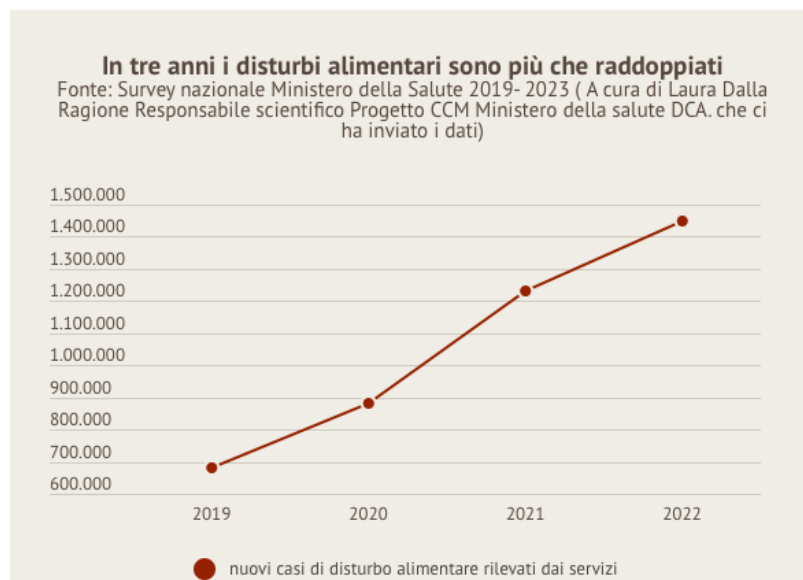
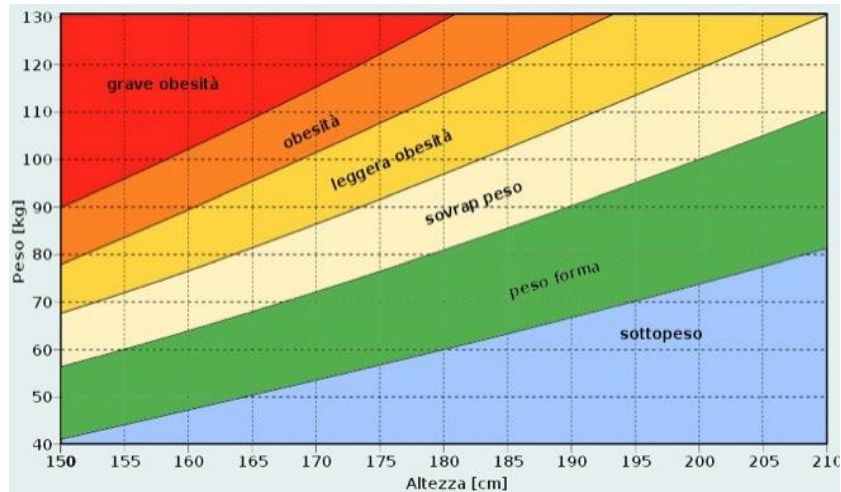


Figura 2: Indice di Massa Corporea (IMC) (fonte: <https://www.dietistadesireeminotti.com/pillole-di-benessere/cose-il-bmi-o-indice-di-massa-corporea/>)



Viene rappresentata dal grafico la relazione tra altezza e peso corporeo per classificare gli individui in diverse categorie di peso, secondo l'Indice di Massa Corporea (IMC). Si ha una suddivisione delle aree del grafico in diverse sezioni: la zona peso forma corrisponde ad un IMC compreso tra 18,5 e 24,9, mentre al di sotto dei 18,5 abbiamo la categoria sottopeso. D'altra parte, le zone gialle, arancioni e rosse indicano rispettivamente sovrappeso (con IMC tra 25 e 29,9), obesità e obesità grave (con IMC che supera il valore di 30). È uno strumento impiegato per valutare lo stato nutrizionale offrendo una classificazione del peso basato sull'altezza, ma nella ricerca verrà integrato insieme ad altri strumenti, come il questionario EAT-26, per offrire una panoramica più completa, poiché il peso corporeo non è un indicatore sufficiente per comprendere la complessità dei disturbi, se preso singolarmente.

I disturbi alimentari, soprattutto anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e disturbo da alimentazione incontrollata (BED), sono un problema di sanità pubblica di importanza sempre più elevata, visto l'abbassamento dell'età dell'esordio negli ultimi anni. L'AN presenta una mortalità circa 5-10 volte superiore di quella di persone sane della stessa età e dello stesso sesso. Possono manifestarsi in persone di diversa età, sesso, provenienza sociale, ma è stato rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) un aumento dell'incidenza nel genere femminile di età compresa tra i 15 e i 25 anni.

Recentemente si è verificato un aumento dei tassi di obesità, una crescente preferenza per i fast food, stili di vita più sedentari, ma la principale causa dei DCA viene attribuita ai modelli presentati nella società che mostrano come desiderabili figure eccessivamente magre e spingono, soprattutto i ragazzi più giovani, a cercare una somiglianza (Aparicio-Martinez et al., 2019). Uno studio condotto da Frieiro ed altri si è posto come obiettivo di esaminare quanto l'autostima e l'utilizzo dei social media influiscano sui disordini alimentari, dimostrando che un basso livello di autostima ed un elevato utilizzo dei social media aumentano i comportamenti legati ai disturbi alimentari a livello globale durante l'adolescenza (Frieiro et al., 2022).

Nel mondo moderno si ha una tendenza a pensare che avere questo disturbo possa essere solo una ricerca di attenzioni da parte dei ragazzi, ma le cause sottostanti sono molto complesse, ad esempio situazioni traumatiche, come violenze sessuali, drammi familiari, storie di abusi e difficoltà ad essere accettati socialmente.

Durante il mio percorso di tirocinio clinico non ho avuto occasione di interfacciarmi con queste problematiche, motivo per cui la scelta dell'argomento della mia tesi è dovuta alla mia curiosità, e all'incognita sul tema. Sempre più persone si trovano a combattere con questa epidemia sociale, ma pochi professionisti riescono ad affrontare il sentimento di solitudine e l'isolamento che ne deriva.

Ogni 15 Marzo si celebra la Giornata nazionale del Fiocchetto Lilla, dedicata ai disturbi del comportamento alimentare, promossa per la prima volta da Stefano Tavilla, un padre che perse la figlia a soli 17 anni, in lista d'attesa per un ricovero in una struttura dedicata alla bulimia proprio in questo giorno. Lo scopo della celebrazione di questa data, e anche della mia tesi, è sensibilizzare la popolazione su queste patologie, che per comunicare un disagio profondo, utilizzano il corpo come mezzo.

Con l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che entreranno in vigore nel 2024, la cura dei DCA sarà garantita con 32 prestazioni ambulatoriali in esenzione ai pazienti affetti.

1.1. Disturbi del Comportamento Alimentare

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono un gruppo di patologie che consistono in una sregolata assunzione di cibo con conseguenze dannose per la salute fisica, psicofisica e sociale dell'individuo.

I DCA vengono descritti dall'American Psychiatric Association (APA) all'interno del manuale pubblicato nel maggio 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) e ne viene fornita la seguente definizione: "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale".

Attraverso studi pregressi possiamo evincere che i disturbi alimentari presentino varie differenze a seconda della fascia di età e del sesso, infatti, risultano molto più elevati nelle giovani donne (Arija Val et al., 2022).

Pica

Il primo DCA descritto all'interno del DSM-5 è la Pica, o allotriofagia, caratterizzato dall'ingestione continua di sostanze non considerabili nutritive come, ad esempio, terra (geofagia), pietre (litofagia), carta, sabbia, legno, cotone. Per fare diagnosi il disturbo deve essere presente per più di un mese. Nei bambini con età inferiore a 2 anni si può considerare come un normale processo di sviluppo, per via del gesto evolutivamente fisiologico di portare alla bocca oggetti che possono essere ingeriti (Bhatia & Kaur, 2014).

Il picacismo solitamente non causa gravi danni a livello medico, ma non è infrequente la presenza di patologie come occlusione intestinale da materiale ingerito, avvelenamento da piombo conseguenti all'ingerimento di vernice o un'infezione parassitaria dovuta al continuo consumo di spazzatura.

È un comportamento rilevato maggiormente nelle donne rispetto agli uomini, e tende a diminuire con l'avanzare dell'età (Iorio et al., 2014), ma è difficile stabilirne l'incidenza, essendo piuttosto raro. È un disturbo alimentare più comune in pazienti che presentano

deficit intellettivi o in alcune parti del mondo dove il consumo di sostanze non nutritive è culturalmente accettato (Al Nasser et al., 2023).

L'eziologia della pica non è tutt'ora nota, ma ci sono alcune ipotesi riguardo ad essa: fattori organici, psicodinamici, socioeconomici e culturali. La maggior parte delle ipotesi, tuttavia, accetta argomenti della teoria orientati verso la carenza nutrizionale come principale causa della pica (Bhatia & Kaur, 2014).

Disturbo da ruminazione

Il disturbo da ruminazione, o mericismo, si caratterizza per il continuo rigurgito di cibo senza sforzi, per almeno 1 mese, quotidianamente. È spesso diagnosticato per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza.

Il cibo dapprima ingerito viene rigurgitato e può essere rimasticato, senza nausea, disgusto o conati di vomito. Si verifica solitamente entro i primi 15 minuti dal completamento del pasto e può continuare fino a 2 ore dopo.

Per fare diagnosi di mericismo è necessario escludere condizioni gastrointestinali associate, quali il reflusso gastroesofageo, stenosi pilorica, gastroparesi, ernia iatale o il decorso di altri DCA, dove il rigurgito con condotta eliminatoria è un metodo di smaltimento calorico. Non è del tutto chiara la causa del mericismo, ma si ritiene che una grande responsabilità la abbiano stress, mancanze affettive ed influenza del peso sulla percezione di se stessi.

L'esordio è lungo l'intero arco della vita, in particolare si riscontra in soggetti con disabilità intellettiva. In età infantile compare solitamente fra i 3 e i 12 mesi, andando incontro spesso a remissione spontanea. È un disturbo che si manifesta principalmente con incapacità di raggiungere il peso previsto (Ferrero, 2014).

La sindrome da ruminazione è classificata come disturbo funzionale gastrointestinale secondo i criteri di Roma IV e come disturbo alimentare secondo il DMS-5. Il mericismo, infatti, viene spesso diagnosticato erroneamente come malattia da reflusso gastroesofageo o vomito, che si traduce in trattamenti non necessari, provocando un ritardo nella diagnosi e nella terapia.

Disturbo evitante o restrittivo dell'assunzione di cibo

Il disturbo evitante o restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) è di recente definizione (2013), caratterizzato dall'evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo, nell'assorbimento di un adeguato apporto calorico, e da un mancato interesse nell'alimentazione. Si manifesta con un fallimento nel soddisfare l'appropriato fabbisogno nutrizionale e/o energetico associato a specifiche caratteristiche: perdita di peso, deficit nutrizionale, dipendenza dalla nutrizione enterale oppure da supplementi nutrizionali orali.

In uno studio condotto nel 2018 si evidenzia come alcune manifestazioni dell'ARFID possano avere una somiglianza ai comportamenti dei soggetti con anoressia nervosa, in termini di limitazione nell'assunzione di cibo con perdita di peso o rallentamento della crescita. È importante, tuttavia, effettuare una scissione delle due per via delle motivazioni sottostanti (Becker et al., 2018). Lo studio sopracitato conclude dichiarando che l'anoressia nervosa è associata a disturbi dell'immagine corporea e a problemi di peso o forma corporea, che non vengono interessate nell'ARFID. Al contrario, in quest'ultima viene limitata l'assunzione di alimenti per ragioni legate agli aspetti sensoriali del consumo (gusto, odore, consistenza), per mancanza di interesse nel cibo o per via della paura di incombere in conseguenze spiacevoli (soffocamento o vomito) causate dall'alimentarsi (Thomas et al., 2018).

A seguito dei comportamenti restrittivi si ha una ripercussione sulla vita sociale e lavorativa dell'individuo, sul suo umore e sul suo apprendimento (Bryant-Waugh & Higgins, 2020), causato da:

- Difficoltà comportamentali: evitamento nell'assunzione di cibo.
- Sintomi emotivi: sentimenti negativi correlati al cibo, come tristezza, disgusto, preoccupazione, che possono manifestarsi con disturbi dell'umore, sonno e ansia.
- Difficoltà relazionali.

I pazienti con ARFID risultano essere più giovani rispetto a pazienti con altri disturbi alimentari; l'età media rilevata è di 12,9 anni, con una durata in media di 33,3 mesi.

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da restrizione alimentare autoimposta, paura di prendere peso associata ad anomalia della percezione dell'immagine di se stessi. È il disturbo con il più alto tasso di mortalità, spesso associato ad una scarsa consapevolezza della malattia che rende difficile la richiesta di trattamento e ne aumenta il rischio di cronicizzazione.

Al contrario di come si possa pensare, anoressia e anoressia nervosa non sono due termini considerabili come sinonimi. L'anoressia indica letteralmente l'assenza di appetito, ossia un sintomo clinico che può essere ricondotto a diverse condizioni mediche, dovuta da:

- Cause organiche, come patologie infettive.
- Cause organiche croniche, come patologie gastrointestinali.
- Cause funzionali, nello specifico il disturbo alimentare anoressia nervosa.

Il paziente affetto da anoressia nervosa non rifiuta il cibo perché non avverte lo stimolo della fame, ma perché non si vuole alimentare per la paura di ingrassare. L'autostima del paziente anoressico è fortemente influenzata dal peso corporeo e dalla forma fisica; dimagrire, infatti, è per loro una conquista, mentre il prendere peso viene percepito come un'inaccettabile perdita di controllo su se stessi.

Quando si parla di anoressia è necessario identificarne due tipologie differenti:

- Restrittiva: durante gli ultimi 3 mesi il paziente non presenta episodi di abbuffate o condotta di eliminazione. La perdita di peso è ottenuta con attività fisica eccessiva, digiuno o dieta.
- Abbuffate o condotta di eliminazione: nel corso degli ultimi 3 mesi il paziente ha presentato frequenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione.

Nel DSM-IV-TR, fino al 2013, i criteri per fare diagnosi di anoressia nervosa erano:

Tabella 1: criteri diagnosi AN nel DSM-IV-TR

A.	Rifiuto persistente del mantenimento di un normale peso corporeo
B.	Peso corporeo inferiore all'85% di quello ideale, relativamente a condizioni fisiche, età e altezza
C.	Disturbo nella percezione del proprio corpo o negazione della gravità dell'essere sottopeso
D.	Presenza di amenorrea per almeno 3 mesi

I criteri sopraelencati vengono successivamente sostituiti con l'introduzione del DSM-5, per via dei limiti nell'inclusione della diagnosi in bambini e adolescenti. Successivamente all'anno 2013, con il superamento del DSM-IV-TR, l'APA supera il focus sugli aspetti di natura cognitiva, spostando l'attenzione sugli aspetti comportamentali che interferiscono con un peso corporeo sano (restrizione alimentare, strategie compensatorie...). Nel nuovo DSM viene eliminato il criterio del peso inferiore all'85%, intendendo più genericamente un peso significativamente basso.

Viene sconsigliata l'applicazione del criterio amenorrea in quanto non è presente in pazienti ad esordio precoce e non è facilmente applicabile in contesti con pazienti adolescenti con cicli irregolari. Contrariamente a quanto si possa pensare, pazienti gravemente sottopeso possono continuare a presentare mestruazioni regolari ogni mese. Anche per gli uomini affetti da anoressia nervosa l'amenorrea non è, ovviamente, un criterio applicabile ai fini diagnostici.

I disturbi dell'alimentazione sono riscontrabili più frequentemente nella popolazione femminile rispetto a quella maschile; infatti, nel corso della vita l'AN è stata segnalata circa dallo 0,8-6,3% delle donne e allo 0,1-0,3% degli uomini (Silèn & Keski-Rahkonen, 2022). Il picco di incidenza attualmente è tra 15 e 19 anni, soprattutto per motivazioni legate alla pubertà, sessualità e cambiamenti corporei. È raro che insorga in età prepubere o in donne oltre i 40 anni. Nella società odierna l'anoressia nervosa inizia spesso da una dieta specifica o fai-da-te finalizzata al raggiungimento dell'ideale di bellezza femminile che viene osannato dalla società; si è verificato, infatti, un sostanziale aumento anche nei più piccoli, con esordio anche in minori di 15 anni (Van Eeden, 2021).

Alcuni soggetti affetti da anoressia nervosa sono consapevoli della propria magrezza, ma negano le conseguenze fisiche che ne derivano. L'estrema malnutrizione porta a molti segni e sintomi come stipsi, dolori addominali, bradicardia, ipotensione, intolleranza al freddo, letargia o iperattività, secchezza della cute e lanugo, cioè eccesso di peluria. Sono riscontrabili cicatrici, calli sul dorso delle mani e erosioni dello smalto dentale in coloro che utilizzano come tecnica di compensazione l'autoinduzione del vomito.

La malnutrizione derivante dall'anoressia nervosa non provoca solo effetti a livello fisico, ma gravi modificazioni emotive e sociali del paziente, come depressione, ansia, irritabilità, sbalzi d'umore e isolamento sociale.

Il livello di gravità attuale:

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

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa (BN) è un disturbo dell'alimentazione e della nutrizione caratterizzato da episodi di eccessiva assunzione di cibo, seguiti da episodi di liberazione con metodi compensatori, quali vomito autoindotto o uso di lassativi. Il professor Russell, nel 1979, pubblica un articolo nel quale definisce la bulimia come "un'inquietante variante dell'anoressia nervosa" (Russell, 1979).

I criteri espressi dal DSM-5 per poter fare diagnosi di bulimia nervosa sono rappresentati da abbuffate ricorrenti, che consistono nel mangiare per un determinato periodo di tempo quantità di cibo superiori al fabbisogno, indipendentemente dalla percezione della fame, con manifestazioni di perdita di controllo. È essenziale ai fini diagnostici la presenza di comportamenti compensatori con una frequenza in media di una volta a settimana per almeno 3 mesi, atti a neutralizzare gli effetti delle abbuffate, quali il vomito autoindotto che rappresenta il metodo più utilizzato, assunzione di lassativi o diuretici ed esercizio fisico eccessivo. Il paziente proverà preoccupazione per il proprio peso e la propria forma fisica, che influenzeranno la percezione di sé e la propria autostima. Le abbuffate vengono

vissute dal paziente con vergogna e disagio, e sono spesso associate a momenti di elevato stress, solitudine e sensazione di noia, per via dello stigma sociale che si ha ancora oggi. È per questa ragione che la malattia viene spesso nascosta ai familiari e agli amici, provocando un ritardo nell'espressione di una richiesta di aiuto.

È un disturbo di difficile identificazione poiché la maggior parte dei soggetti bulimici si presenta in peso forma, rispetto ai soggetti affetti da anoressia nervosa che manifestano una significativa perdita di peso.

L'età d'esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 15 anni con un picco di maggior frequenza a 17-18 anni. L'uomo ne viene colpito in maniera minore e attualmente non si hanno dati che affermino che si abbia un aumento di numero tra soggetti di sesso maschile (Dalle Grave, n.d.). La BN viene riscontrata negli ultimi anni dallo 0,8-2,6% delle donne e dallo 0,1-0,2% degli uomini (Silèn & Keski-Rahkonen, 2022).

Il livello di gravità attuale che caratterizza la bulimia nervosa:

- Lieve: 1-3 episodi di condotte compensatoria inappropriate a settimana
- Moderata: 4-7 episodi di condotte compensatoria inappropriate a settimana
- Grave: 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana
- Estremo: 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana

La bulimia nervosa non modifica soltanto i comportamenti alimentari. Il paziente rinuncerà alle situazioni sociali che comportano lo stare a tavola con altri soggetti, oppure si sentiranno ansiosi e facilmente irritabili, provocando una tensione nell'instaurare rapporti con altri. La bulimia nervosa è associata spesso a disturbi psichici come abuso di sostanze, disturbi d'ansia e disturbi di personalità. In alcuni soggetti potranno essere presenti comportamenti autolesionistici o tentativi di suicidio.

In aggiunta ai disturbi psichici, le condotte di abbuffate ed eliminazione producono danni al corpo con conseguente compromissione delle funzioni vitali. L'induzione cronica del vomito può danneggiare i denti, erodendo lo smalto e la sensibilità dentale, per via dell'elevato contenuto di acidi. Il paziente potrà avvertire la sensazione di guance e bocca gonfie per l'ingrossamento delle ghiandole salivari. Provocarsi il vomito mettendosi le dita in bocca è il metodo più comune che utilizzano i soggetti per indursi il vomito; questo

nel lungo periodo può provocare cicatrici o callosità sulle nocche o sul dorso della mano (segno di Russel) per la continua esposizione ad acidi. Tali lesioni sono provocate dallo sfregamento dei denti sulla propria mano e si presentano simili ai segni provocati da morsi.

Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder (BED) è caratterizzato da ricorrenti abbuffate con sensazione di perdita di controllo. Al contrario della bulimia nervosa non è seguito da comportamenti compensatori inadeguati, come vomito autoindotto o abuso di lassativi.

È il disturbo alimentare più comune e presenta un esordio tardivo rispetto ad anoressia e bulimia nervosa. L'incidenza del BED varia da 35 a 343 per 100 mila persone all'anno in una popolazione di donne con età compresa tra i 10 e 24 anni. Il BED viene riscontrato dallo 0,6-6,1% delle donne e lo 0,3-0,7% degli uomini (Silèn & Keski-Rahkonen, 2022).

I criteri diagnostici secondo il DSM-5:

- Ricorrenti episodi di abbuffate: l'episodio è caratterizzato da alimentarsi in un determinato periodo di tempo con una quantità di cibo maggiore al fabbisogno e mancanza di controllo sull'alimentazione (una volta a settimana o per un periodo di diversi mesi).
- Gli episodi di abbuffata si presentano associati a: mangiare rapidamente, sentirsi fastidiosamente pieni, non sentirsi fisicamente affamati poiché in imbarazzo, avere sensi di colpa dopo il pasto.

Il disturbo da alimentazione incontrollata è spesso associato a obesità. Sebbene un BMI elevato sia associato al BED, la perdita di peso come esito del trattamento per il disturbo è controversa, con linee guida che prioritizzano esiti comportamentali come la riduzione o astinenza dalle abbuffate come obiettivo primario per il trattamento di esso (Giel et al., 2022).

È un disturbo di difficile diagnosi, poiché i soggetti affetti da BED sono spesso erroneamente confusi come persone obese o bulimiche; la differenza sostanziale è l'episodio di abbuffata che nella persona affetta da obesità non è presente. Nel disturbo

da alimentazione incontrollata si ha un'alternanza di periodi di dieta ferrea, per via del tentativo di recupero del controllo, e altrettanti periodi in cui le abbuffate tipiche non sono associate a restrizione alimentare. Le abbuffate sono il prodotto di uno o più situazioni ben definite (Fairburn, 2008):

- Restrizione dietetica calorica
- Rottura di una regola dietetica
- Strategia disfunzionale di regolazione emotiva, che porteranno il soggetto ad abbuffarsi ogni qualvolta si sperimenti un'emozione ingestibile, perché si pensa possa attenuarne gli effetti (Safer et al., 2019)
- Pensiero di eliminazione di calorie grazie a comportamenti di compenso

Conseguenti al BED si possono avere anche varie complicanze mediche, che, da quanto affermato dalla Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione (SIPA), sono generalmente legate alla presenza di obesità: dolori muscolari, ipertensione, diabete, asma, disfunzione mestruale, iperlipidemia...

La prognosi del BED si presenta migliore rispetto ad altri disturbi alimentari, con un tasso di remissione favorevole, anche spontanea.

Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione

È una categoria applicata a persone i cui sintomi non sono caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano un danno nel funzionamento sociale, occupazionale e disagio clinico. Non vengono pienamente soddisfatti i criteri caratteristici della classe diagnostica, includendo quelle situazioni in cui non sono presenti sufficienti informazioni per conseguire alla formulazione di una diagnosi. (Dalle Grave, n.d.).

Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

È applicabile a persone i cui sintomi non soddisfano pienamente i criteri per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, ma provocano un significativo disagio o danno nelle importanti aree dell'individuo, come il funzionamento sociale e lavorativo. È una categoria usata in situazioni specifiche in cui il clinico esplica le ragioni per cui non

vengono soddisfatti i criteri per gli specifici disturbi. Ad esempio, vengono riconosciuti (Dalle Grave, n.d.):

Tabella 2: I disturbi dell'alimentazione con altra specificazione

Anoressia nervosa atipica	Sono soddisfatti i criteri specifici di diagnosi, eccetto perdita di peso che risulta essere nella normalità.
Bulimia nervosa	Considerata a bassa frequenza e/o durata limitata, poiché sono presenti le abbuffate e le condotte compensatorie ma in un periodo inferiore a 3 mesi e meno di una volta a settimana.
Disturbo da binge eating	Considerata a bassa frequenza e/o durata limitata, poiché le abbuffate si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.
Disturbo da condotta di eliminazione	Sono presenti tutti i criteri per fare diagnosi di BED, eccetto le abbuffate che si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.
Sindrome da alimentazione notturna	Vi sono ricorrenti episodi di alimentazione notturna in particolare dopo il risveglio dal sonno o per eccessiva alimentazione successiva al pasto serale.

1.2 Prevenzione DCA

La prevenzione nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare è un tema molto dibattuto nella società moderna. Diversi studiosi dei disturbi dell'alimentazione si domandano se prevenire la comparsa di questi disturbi sia effettivamente possibile.

Lo scopo principale della prevenzione è garantire la salute alla società e al singolo individuo, coinvolgendo le varie figure dell'ambiente sanitario. Gli obiettivi sono principalmente aumentare la qualità di vita del paziente, eradicare la malattia, controllare la diffusione e l'epidemiologia di una determinata malattia, favorire il reinserimento sociale, familiare e lavorativo del malato.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 adottato ad Agosto 2020 è lo strumento essenziale per la pianificazione centrale di interventi di prevenzione e promozione della salute, e si pone come obiettivo principale la salute individuale, collettiva e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso azioni basate su efficacia ed equità. Viene ribadito l'approccio life course, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza in base al setting (scuola, ambiente lavorativo, comunità).

Fare prevenzione significa sempre agire su vari livelli:

- **Prevenzione primaria:** insieme di attività, azioni o interventi atti ad evitare l'insorgenza di malattie nelle persone sane che non manifestano sintomi. Prevalentemente vengono effettuate azioni a livello comportamentale o psicosociale, come educazione sanitaria o interventi psicologici e psicoeducativi di modifica dei comportamenti della persona.
- **Prevenzione secondaria:** incentrata principalmente nel fare diagnosi precoce di una patologia, permettendo un intervento immediato sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. Lo strumento più utilizzato è lo screening, che consente di effettuare controlli, migliorando le opportunità terapeutiche, la progressione e riducendo gli effetti negativi, permettendo un migliore outcome.
- **Prevenzione terziaria:** non riguarda la prevenzione della malattia stessa, ma dei suoi esiti. Si intende una prevenzione delle complicanze che si possono sviluppare

a seguito di una patologia. Vengono effettuate misure riabilitative e assistenziali per il reinserimento familiare, sociale, mirando ad aumentare la qualità della vita dell'individuo.

Negli ultimi anni la ricerca nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione si è evoluta arrivando ad individuare fattori di rischio stabiliti che possono essere ridotti al fine di impedire la comparsa delle patologie e ha fornito indicazioni su come mettere in atto gli interventi.

I fattori di rischio potenziali che si sono dimostrati più efficaci secondo la ricerca sono: interiorizzazione dei media che promuovono ideali sociali di magrezza, insoddisfazione corporea, pressione dei media e dei familiari a conformarsi a un ideale corporeo magro e/o muscoloso, e, infine, eccessiva importanza attribuita al peso, alla forma del corpo e a controllo dell'alimentazione per valutare se stessi (Dalle Grave, n.d.). Essendo essi fattori di rischio modificabili, si evidenzia l'importanza di applicare interventi che possano eliminare il perfezionismo disfunzionale e l'autocritica annessa, puntando ad acquisire nuove abilità per costruire l'autoefficacia, riducendo la pressione sociale sull'aspetto fisico.

Da uno studio del 2010 emerge che il “fat talking è positivamente correlato a punteggi elevati di patologia alimentare” (Clarke et al., 2009). È un fenomeno sociale che coinvolge prevalentemente la popolazione femminile e si riferisce alle normali conversazioni in cui donne e ragazze adolescenti si impegnano, caratterizzate da discorsi negativi su cibo, peso e corpo. È una tipologia di dialogo che nel mondo moderno possiamo considerare frequente, quasi abituale, specialmente con il progressivo aumento dell'utilizzo dei social media; non sono considerabili chiacchiere innocue, infatti, sono sempre conversazioni di tipo auto-denigrante. La ricerca individua come fattore centrale del fat talking il confronto sociale, cioè il processo di utilizzo delle informazioni sugli altri per trarre conclusioni sul sé (Corning & Gondoli, 2012). Le persone che si confrontano spesso risultano essere più insicure e quindi hanno una bassa autostima, ansia sociale e sensibilità a comportamenti altrui.

1.3. Stile alimentare durante l'infanzia

Negli ultimi anni diversi stati europei si sono impegnati nella creazione di programmi di prevenzione nei confronti dei disturbi dell'alimentazione. Il luogo principale verso cui viene indirizzato questo genere di percorso di prevenzione è la scuola, che rappresenta lo spazio in cui si trova il maggior numero di adolescenti nella fascia di età maggiormente a rischio.

Per ridurre l'impatto che hanno le problematiche al giorno d'oggi è importante lavorare fin dall'infanzia, implementando uno stile alimentare corretto e protettivo, in modo tale da ridurre i fattori di rischio potenziali.

Tabella 3 (continua a pagina seguente). Prevenzione DCA adottata nell'infanzia

Promozione di un corretto stile alimentare	Secondo i dati ISTAT 2017-2018, solo il 12% dei ragazzi consumano ogni giorno le porzioni di frutta raccomandate. Risulta elevato il consumo di bevande zuccherate, merendine e snack.
Mantenimento di peso e appetito salutarì per prevenire il sovrappeso	Basso peso, sovralimentazione ed eccesso ponderale durante l'infanzia aumentano la probabilità di avere un DCA. Sovrappeso e obesità rappresentano fattori prognostici positivi per abbuffate e binge eating disorder, diete drastiche. Per controllare il proprio peso è utile la ripartizione dell'intake alimentare in 5 pasti al giorno.
Essere un buon esempio	Secondo Bandura, con la teoria dell'apprendimento sociale, i bambini imparano imitando il comportamento altrui. Con la condivisione si possono promuovere abitudini alimentari corrette, per questo tutte le figure di riferimento, tra cui genitori, nonni, ambiente scolastico, devono trasmettere gli stessi ideali.

Favorire un clima sereno a tavola	I conflitti durante il momento del pasto possono essere elementi predittivi per lo sviluppo di DCA, specialmente di anoressia nervosa. Importante promuovere la socialità durante i pasti, creando un clima sereno.
Consumare il maggior numero di pasti in famiglia	La ricerca ha dimostrato una correlazione positiva tra alimentarsi in famiglia e benessere psicologico. È bene promuovere la socialità dei pasti. Risulta importante anche la fase di preparazione, essendo un potenziale momento di educazione alimentare.
Non fare del cibo una punizione, premio o ricompensa	Usare il cibo come premio o punizione può condurre ad un'alimentazione selettiva o impiego di cibo per gestire stati emotivi.
Riconoscere e trattare l'alimentazione schizzinosa e problemi digestivi	La selettività alimentare può generare stress all'interno della famiglia, che si traduce in pressione a mangiare. È un comportamento che può condurre ad una maggiore pressione ad alimentarsi e sfociare nell'ossessivo controllo del peso e delle forme corporee.
Evitare diete drastiche	È bene scoraggiare diete drastiche per la perdita di peso, soprattutto se il soggetto si presenta normopeso e se attuate senza il supporto di una specialista attento alla problematica alimentare.
Non stigmatizzare l'obesità	Ancora oggi lo stigma nei confronti delle persone in sovrappeso o obese è ancora troppo forte. Le derisioni derivate da esso portano ad effetti negativi sulla persona che subisce, aumentando il rischio di depressione e ansia.

2. OBIETTIVI DELLO STUDIO

La tesi si propone di effettuare uno studio quantitativo al fine di indagare ed analizzare le caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare, rivolto ai ragazzi e giovani adulti di età compresa dai 16 ai 25 anni, nel territorio nazionale italiano, attraverso la compilazione del questionario EATING ATTITUDE TEST (EAT-26), composto da quesiti generali che mirano ad analizzare nel soggetto la preoccupazione per il cibo, i comportamenti alimentari, il vomito, uso di lassativi e la pressione altrui per aumentare di peso.

La ricerca si pone l'obiettivo di capire quanto il fenomeno dei disturbi alimentari in Italia si stia propagando, in particolare nei giovani. Indagando ulteriori aspetti del soggetto, come l'Indice di Massa Corporea e la presenza di una figura specialista in alimentazione ci si pone come scopo di comprendere in quali modi, la figura dell'infermiere, possa agire in termini preventivi attraverso dei progetti di sensibilizzazione a partire dalle scuole e dalle famiglie verso la categoria più a rischio, ossia quella giovanile.

3. MATERIALI E METODI

3.1. EATING ATTITUDE TEST-26

L'Eating Attitude Test (EAT-26) è il test più utilizzato nel mondo per la misurazione dei sintomi e delle preoccupazioni tipiche dei disturbi dell'alimentazione. Viene utilizzato in molte ricerche come metodo di screening, basandosi sul presupposto che l'identificazione precoce possa portare ad un trattamento precoce, favorendo la riduzione di complicazioni psicofisiche gravi o, nel peggiore dei casi, la morte.

EAT-26 è un perfezionamento dell'originale EAT-40 che fu pubblicato per la prima volta nel 1979 da Garner e Garfinkel e utilizzato in uno dei primi studi, al fine di esaminare i fattori socio-culturali colpevoli dello sviluppo e mantenimento dei disturbi alimentari (Garner et al., 1982). Secondo studi moderni al giorno d'oggi risulta più adatta una scala abbreviata, con una riduzione dell'EAT da 26 a 19 elementi, da utilizzare sia nelle popolazioni cliniche sia in quelle non cliniche, a causa dei cambiamenti avvenuti nella psicopatologia dei DCA (Spivak-Lavi et al., 2023).

L'Eating Attitude Test a 26 elementi può essere utilizzato sia in ambito clinico sia non clinico, destinato agli adolescenti e agli adulti, ma non è sempre specificatamente focalizzato sui disturbi alimentari; è somministrabile anche in contesti di gruppo e progettato per essere dispensato da professionisti della salute, consulenti scolastici, e altri soggetti interessati alla raccolta di informazioni, con il fine di determinare la necessità di una valutazione specialistica per la diagnosi di un disordine alimentare.

Esso permette di valutare il rischio di disturbi alimentari nelle scuole superiori, nelle Università e in altri campioni a rischio speciale come gli atleti. Il test è composto da 26 quesiti inerenti ai possibili sintomi che il soggetto affetto da disturbi alimentari può presentare, indagando diversi aspetti:

- **Dieta:** viene misurato se il soggetto evita cibi che provochino un aumento di peso.
- **Preoccupazione alimentare:** vengono misurati i pensieri intrusivi riguardo al cibo e la presenza di condotte di autoeliminazione.
- **Controllo alimentare:** misura l'autocontrollo del soggetto riguardo all'alimentazione e la percezione della pressione sociale ad aumentare di peso.

Gli individui che ottengono un punteggio pari o superiore a 20 nel test dovrebbero eseguire un colloquio con uno specialista per determinare se i criteri diagnostici per un disturbo alimentare siano soddisfatti; d'altra parte, se venisse ottenuto un punteggio inferiore a 20, non verrebbe esclusa a priori la presenza di una seria problematica alimentare, motivo per cui non ci si deve lasciare scoraggiare dal cercare aiuto se dovesse essere percepito un bisogno dal soggetto.

Il test, da solo, come qualsiasi altro metodo di screening, non fornisce una diagnosi specifica di disturbo alimentare, ma è stato ritenuto altamente efficace come unico mezzo per l'identificazione precoce della sintomatologia di disordine alimentare. Il test è altamente sensibile, ma poco specifico, infatti il limite posto da EAT-26 è la mancanza di precisione clinica; attraverso la compilazione del test si può giungere a conclusione di avere un potenziale disturbo alimentare, ma non ne viene fatta una distinzione, la quale viene effettuata attraverso il colloquio con uno specialista, ad esempio il dietista.

3.2. Metodo di indagine

Lo studio descrittivo quantitativo è stato effettuato su un campione di adolescenti e giovani adulti di età compresa dai 16 ai 25 anni che, volontariamente e in totale anonimamente, hanno compilato un questionario comprensivo della scala validata EAT-26 ed alcune domande di carattere personale, con il fine di analizzare i comportamenti riguardo l'alimentazione e gli atteggiamenti messi in atto dai soggetti stessi.

Il questionario viene creato attraverso la piattaforma "Google Moduli", facilmente accessibile attraverso un link, inoltrato a partire dal 30 Luglio 2024 attraverso il social media WhatsApp, con Mail agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche tramite la collaborazione dei Direttori dei rispettivi poli di Pesaro, Fermo, Macerata, Ascoli Piceno ed Ancona, agli studenti del Liceo Scientifico Marconi grazie all'aiuto dei docenti, ed infine, attraverso Instagram con la pubblicazione di storie da parte di Influencer. La somministrazione del questionario viene conclusa in data 22 Settembre 2024.

Il campione ottenuto è comprensivo di 170 ragazzi delle diverse regioni italiane, nella fascia di età tra i 16 e i 25 anni. Il tempo complessivo di compilazione del questionario è stato in media di 5 minuti.

4. RISULTATI

4.1. Dati anagrafici

Il questionario somministrato è stato compilato da un totale di 170 soggetti, in seguito al quale si è proceduto all'analisi dei risultati. Sulla base dei dati raccolti emerge una minore quantità di risposte registrate da parte dei ragazzi di 16, 18 e 25 anni.

Grafico 1: Campione per età

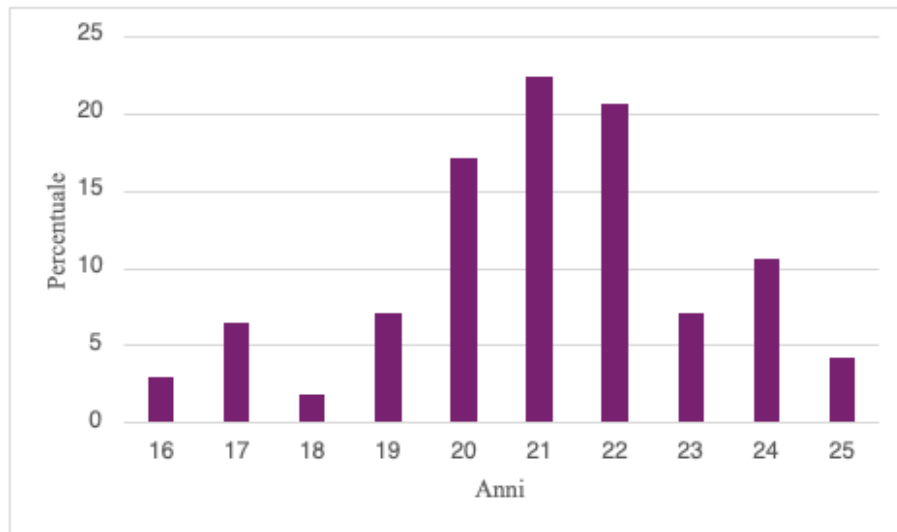


Grafico 2: Campione per sesso

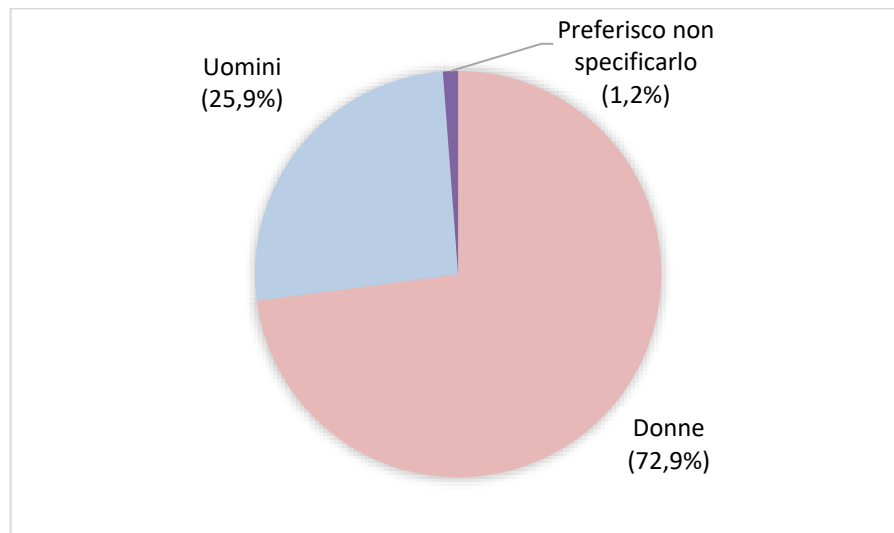
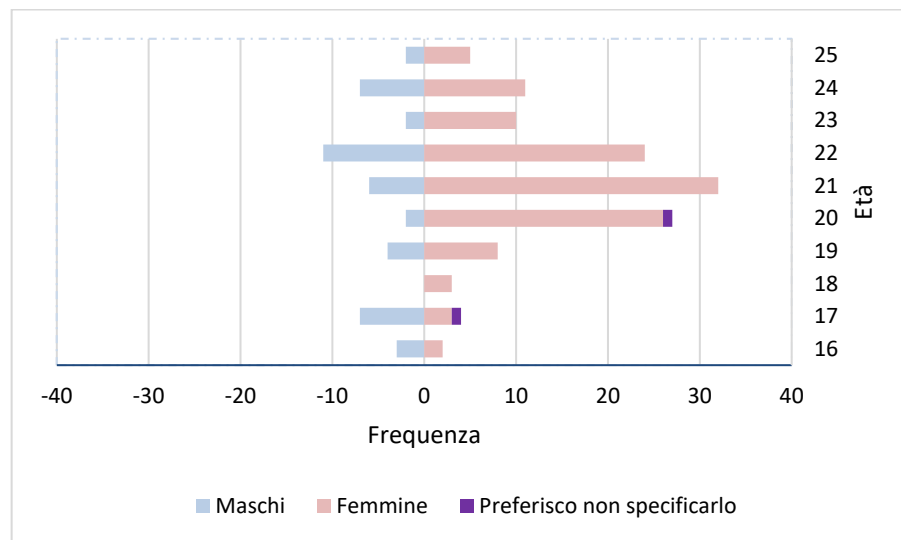


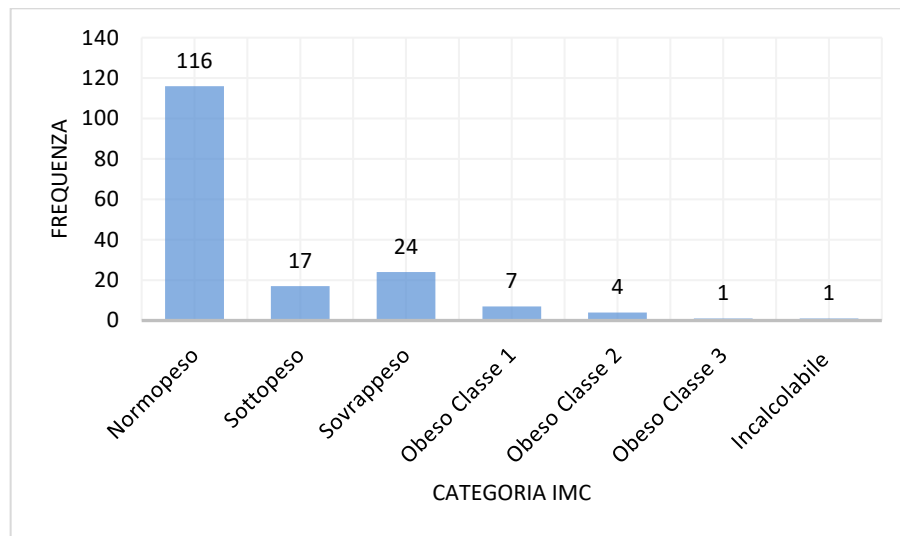
Grafico 3: Piramide dell'età: Maschi e Femmine



Attraverso la piramide dell'età sopra rappresentata è possibile avere una fotografia completa della struttura demografica, permettendoci di analizzare il rapporto tra maschi e femmine. Si nota una maggiore affluenza nelle risposte da parte della popolazione femminile, in particolare nell'età compresa da 20 ai 22 anni. Non sono presenti risposte di maschi di 18 anni e si nota una maggiore affluenza di risposte maschili nella popolazione di 17 anni.

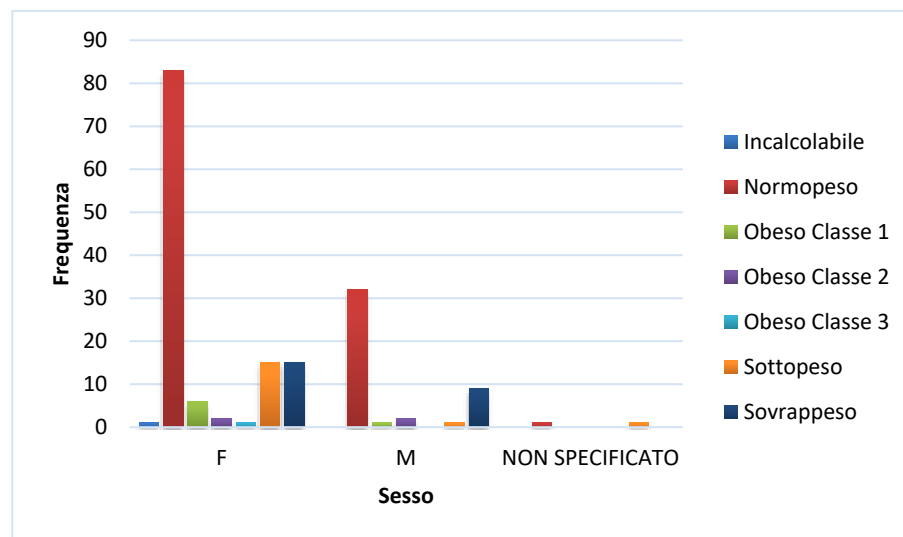
4.2. Indice di massa corporea

Grafico 4: Frequenza delle categorie IMC



Analizzando il grafico sopra illustrato emerge che la maggior parte dei soggetti rientra nella categoria normopeso (68,2%), seguita subito dopo da sovrappeso (14,1%), sottopeso (10%) e in misura minore altre categorie di obesità.

Grafico 5: Distribuzione dell'IMC per sesso



Considerato che le risposte del sesso maschile sono in minoranza rispetto al sesso femminile, notare differenze di Indice di Massa Corporea medi è complesso. Dal grafico si evince che la maggioranza delle persone di sesso femminile si trovi nella fascia normopeso; nella categoria maschile si ha una distribuzione più ampia, ma la più alta è

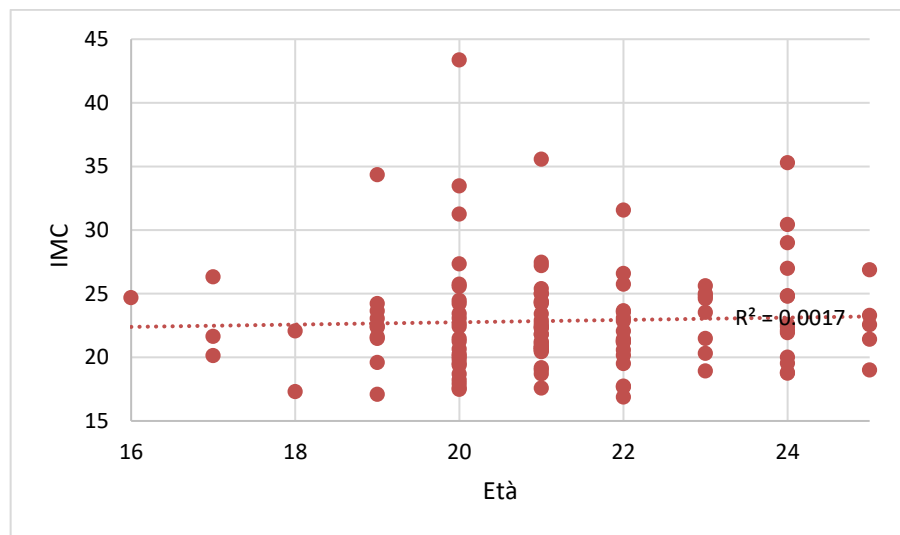
ancora la fascia normopeso, anche se in modo meno marcato rispetto alle donne, probabilmente per via del minor numero di risposte. Nel sesso femminile si nota una maggiore presenza di soggetti sottopeso, al contrario del sesso maschile.

La categoria “Obeso di Classe 1” viene rappresentata sia tra gli uomini sia tra le donne, nonostante sia più presente nelle donne, così come la fascia “Sovrappeso”.

“Obesità di Classe 2” e “Obesità di Classe 3” sono rappresentate in maniera molto ridotta, e si nota una prevalenza leggermente superiore tra le donne.

Si ha, inoltre, una piccola percentuale di persone il cui IMC è stato impossibile da calcolare a causa di un’imprecisa comunicazione dei dati.

Grafico 6: Distribuzione dell’IMC per età



Nel grafico sono presenti persone con età comprese tra i 16 e i 25 anni, con valori di IMC variabili tra circa 17 e 45. Non è presente un’evidente correlazione lineare tra età e IMC, infatti, i punti sono distribuiti in modo casuale lungo l’asse dell’età, suggerendo che l’età non influenzi l’IMC nel gruppo di persone analizzate, forse ad indicare che nella fascia d’età analizzata vi possano essere altri fattori scatenanti.

L’IMC è molto variabile per ogni fascia di età, ad esempio, vi sono diversi giovani con IMC normali, o addirittura sottopeso, mentre altri nella stessa fascia di età hanno l’IMC superiore a 35, indicando un’obesità di classe 2.

Sono presenti nel grafico diversi IMC superiori a 25 in diverse fasce d’età, suggerendo la presenza di una percentuale significativa di individui obesi o in sovrappeso nel gruppo in analisi.

Dall'inclinazione della linea di tendenza possiamo notare una leggera pendenza positiva, che evidenzia un leggero aumento dell'IMC correlato all'aumentare dell'età. Essendo il valore di R^2 molto basso, però, concludiamo che vi è poca o nessuna correlazione tra l'età e l'IMC nel campione analizzato.

4.3. Risultati al test EAT-26

Grafico 7: Distribuzione dei punteggi EAT-26

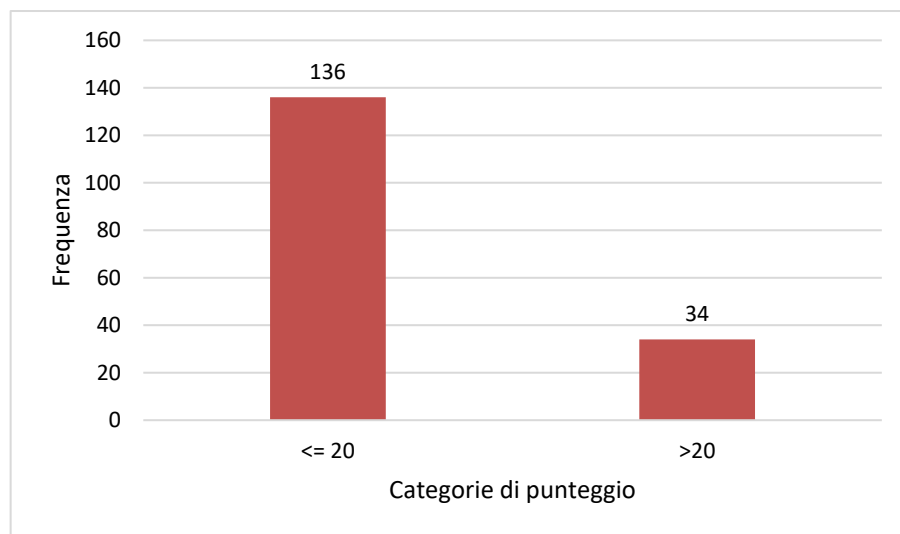
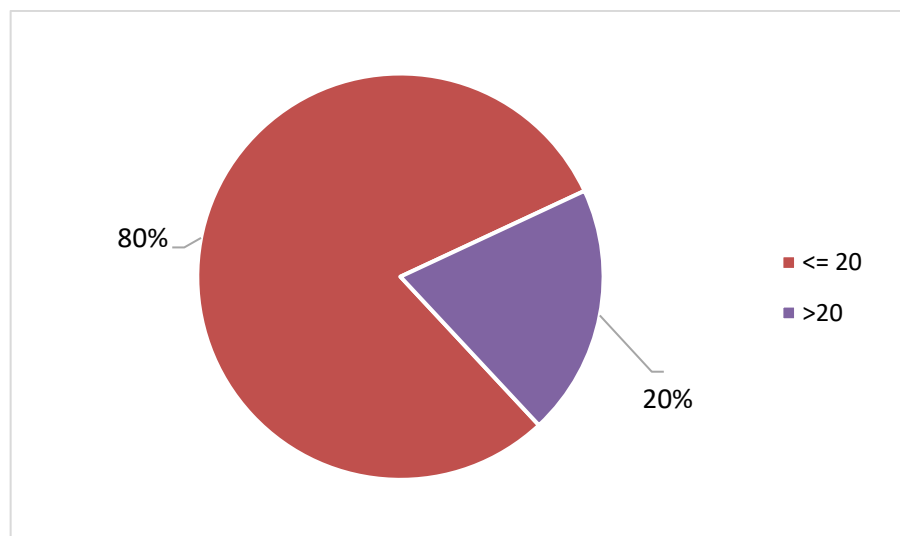


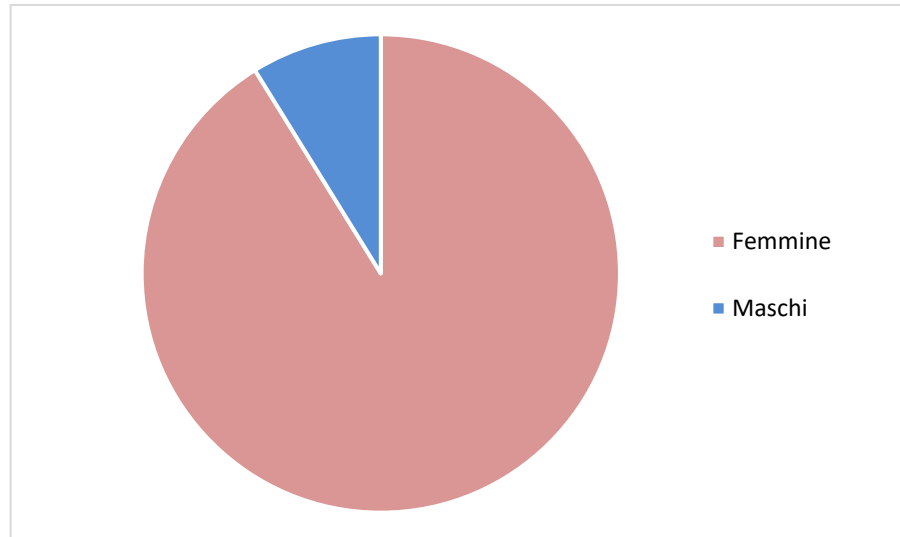
Grafico 8: Distribuzione percentuale dei punteggi EAT-26



Come precedentemente evidenziato, EAT-26 viene utilizzato come strumento di screening con il fine di identificare potenziali problematiche alimentari o disturbi dell'alimentazione. Un punteggio superiore a 20 è solitamente indicativo di atteggiamenti alimentari disfunzionali che possono richiedere consulti con vari specialisti o ulteriori indagini. Con i grafici sopra rappresentati possiamo evincere che la maggior parte delle persone, fino all'80%, abbia totalizzato un punteggio inferiore a 20, il che suggerisce che la maggior parte del gruppo in analisi non mostri segni evidenti di problematiche alimentari gravi.

D'altra parte, il 20% di essi ha ottenuto un punteggio superiore a 20, per cui una parte significativa della popolazione sottoposta al test potrebbe avere problemi legati all'alimentazione, richiedendo una valutazione più approfondita o un intervento.

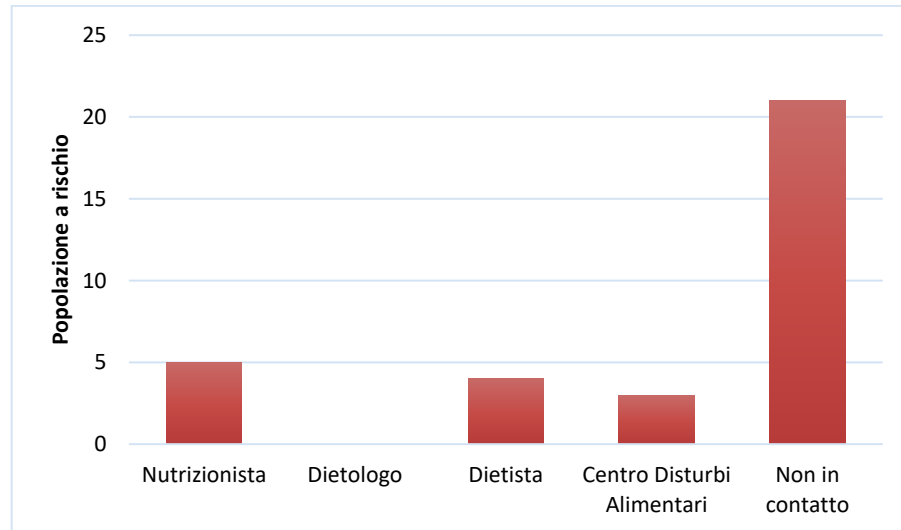
Grafico 9: Distribuzione percentuale dei punteggi superiori a 20 tra i sessi



Si ha una chiara maggioranza di punteggi potenzialmente a rischio di problematiche alimentari da parte della popolazione femminile. La categoria “preferisco non specificarlo” non è figurante poiché non vi erano presenti dati rilevanti.

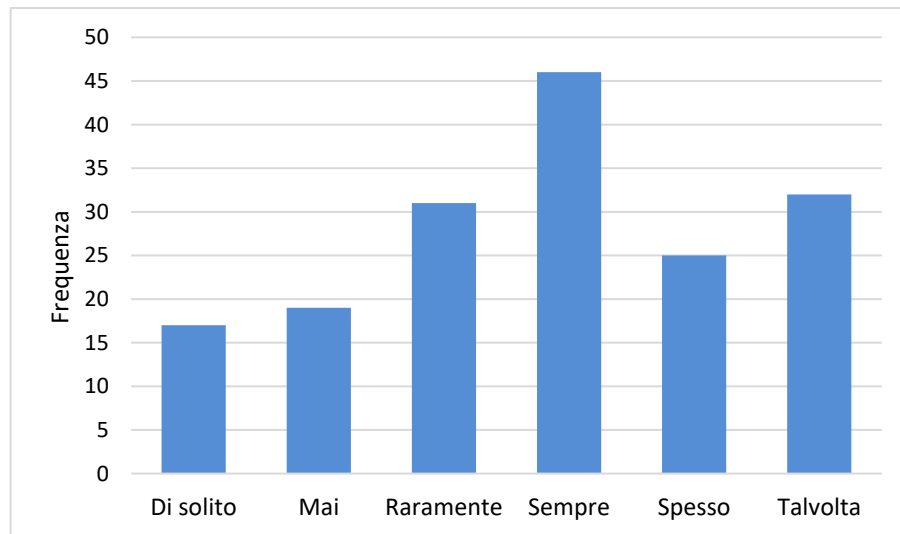
Ai soggetti analizzati è poi stato chiesto di dichiarare se fossero già in contatto con uno specialista della nutrizione, ad esempio dietologo, dietista, nutrizionista o centro disturbi alimentari.

Grafico 10: Distribuzione delle persone potenzialmente a rischio in contatto con specialisti



La categoria che non è in contatto con nessuno specialista rappresenta circa 20 persone, ossia un'elevata percentuale della popolazione a rischio, indicando un significativo deficit di supporto dalle figure professionali a chi ha atteggiamenti alimentari potenzialmente problematici. Le varie tipologie di specialisti risultano in contatto con alcune persone a rischio, sebbene in numero ridotto, circa meno di 10 persone per ciascuno gruppo. Tra gli specialisti il più contattato è il nutrizionista, al contrario del dietologo che non risulta essere contattato da nessuno di essi.

Grafico 11: Distribuzione delle risposte alla domanda: “Ho una terribile paura di ingrassare”



La domanda presentata indaga su una delle preoccupazioni cardine di molti disturbi alimentari, ad esempio l’anoressia nervosa o la bulimia nervosa. Nonostante l’omogenea distribuzione, la risposta più frequente alla domanda “ho una terribile paura di ingrassare” è stata “sempre”, con una frequenza di 46 persone. Anche la distribuzione delle risposte “raramente”, “talvolta” e “spesso” si presentano in numero moderato, indicando che i soggetti sperimentino il disagio in modo occasionale o intermittente.

Grafico 12: Distribuzione delle risposte con punteggio >20 alla domanda: “Ho una terribile paura di ingrassare”

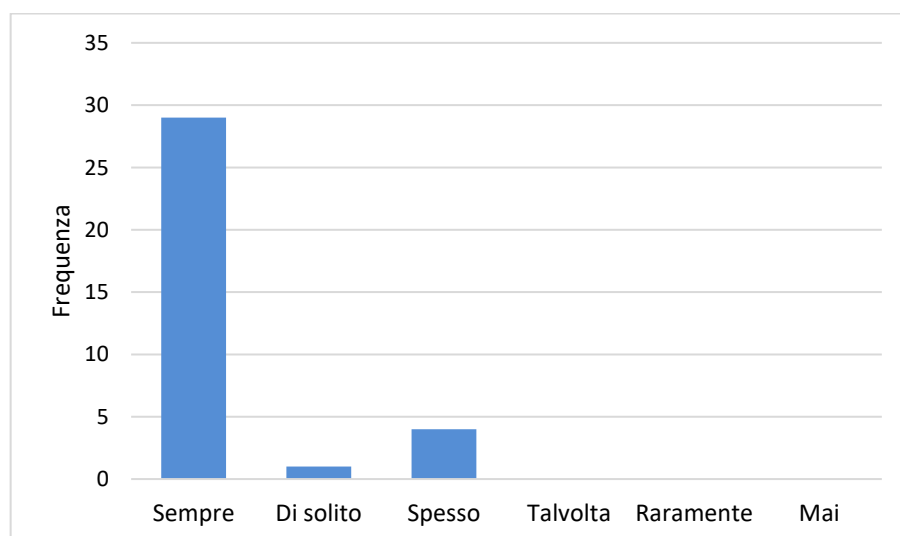


Grafico 13: Distribuzione delle risposte alla domanda: “Mi è capitato di mangiare con voracità e non riuscire a fermarmi”

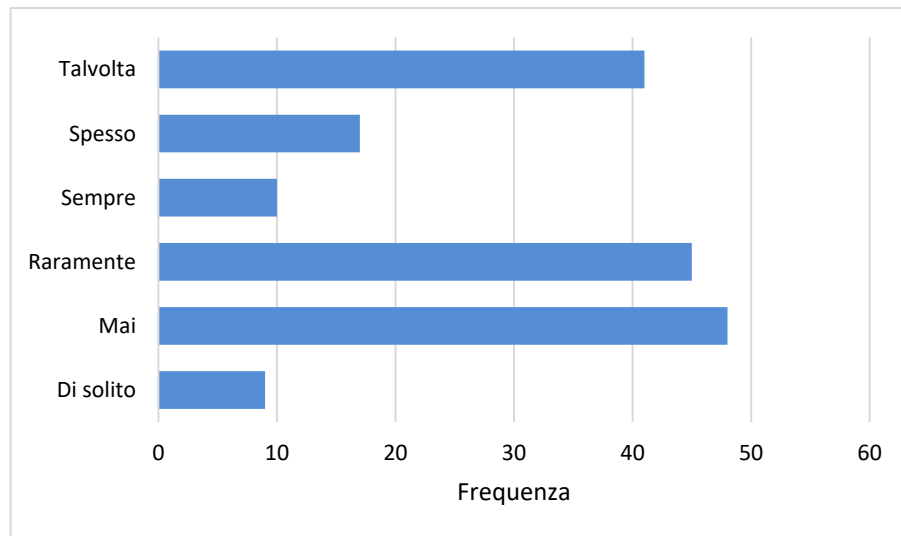
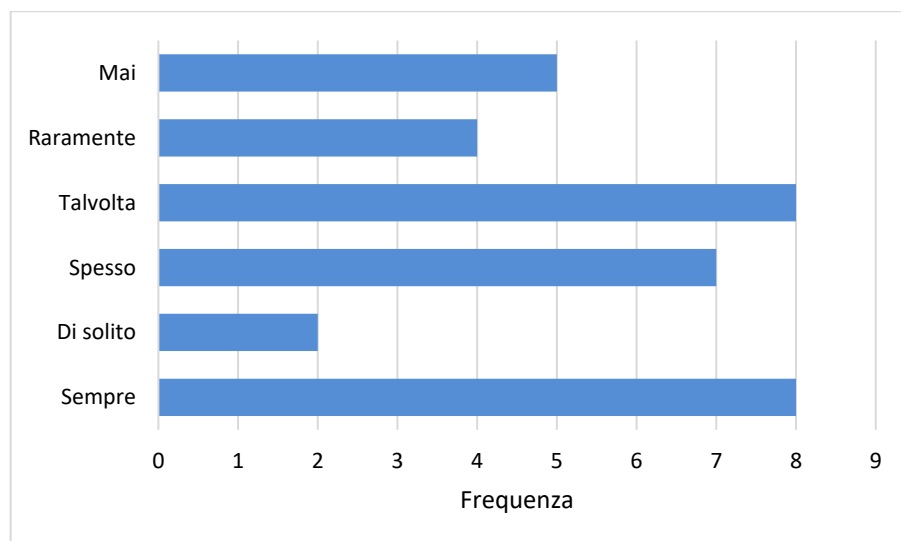
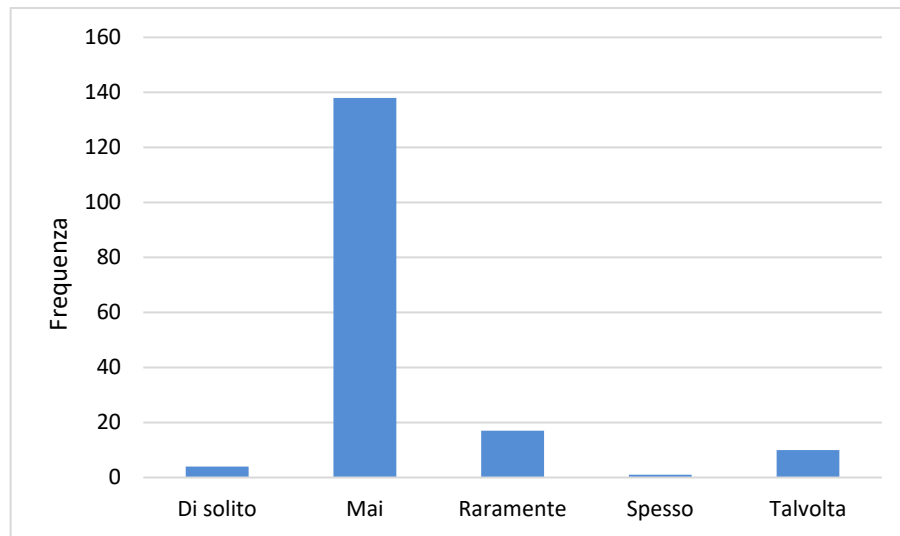


Grafico 14: Distribuzione delle risposte con punteggio > 20: “Mi è capitato di mangiare con voracità e non riuscire a fermarmi”



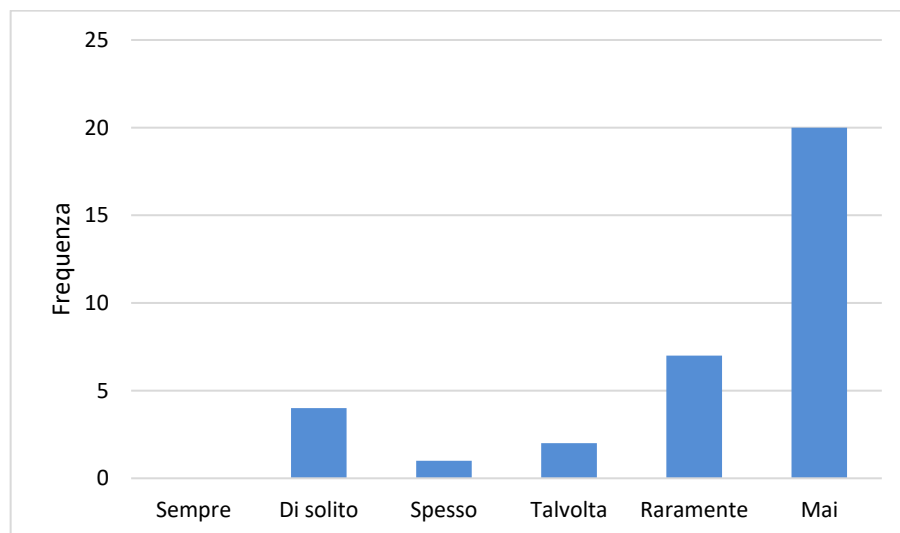
Le risposte dei soggetti che hanno ottenuto punteggio a rischio risultano omogenee, con una minoranza di risposte negative. In generale, il grafico illustra che nella popolazione a rischio una maggioranza delle persone ha avuto esperienze di perdita di controllo sull'alimentazione.

Grafico 15: Distribuzione delle risposte alla domanda: “Dopo mangiato mi capita di vomitare”



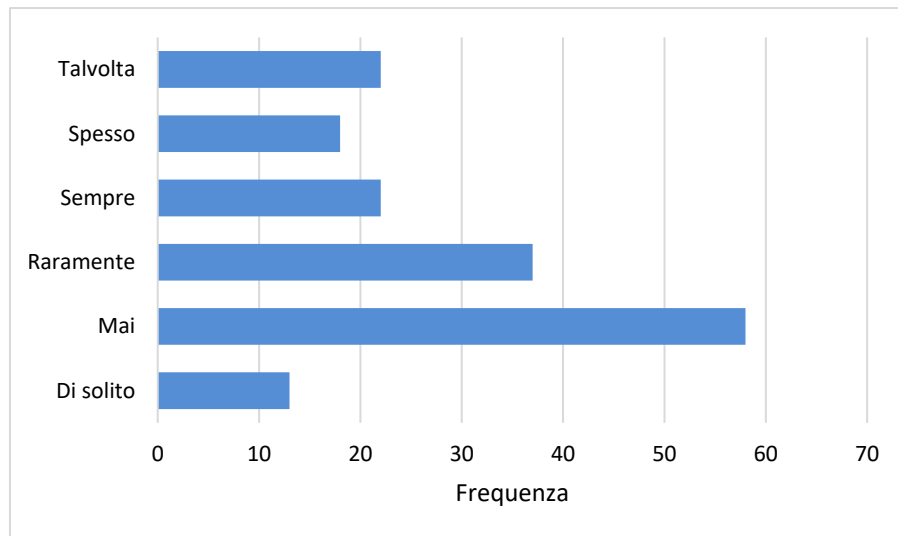
Le risposte “spesso” e “di solito” sono rare, evidenziando che, nella popolazione in esame, pochissimi soggetti mostrano episodi regolari di vomito autoindotto.

Grafico 16: Distribuzione delle risposte con punteggio > 20 alla domanda: “Dopo mangiato mi capita di vomitare”



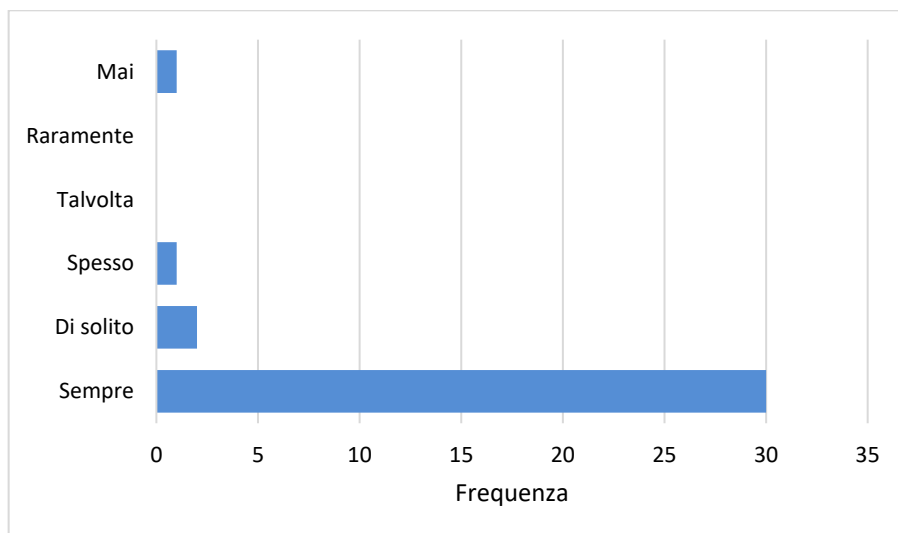
La maggioranza del campione con punteggio a rischio, all’incirca 20 persone, non ha mai avuto esperienze di vomito autoindotto dopo essersi alimentati; solo una minoranza, sebbene sia significativa, dichiara di aver vomitato a intervalli più o meno regolari.

Grafico 17: Distribuzione delle risposte alla domanda: “Sento un forte desiderio di essere più magro/a”



All'interno della popolazione campione la risposta “sempre” è la frequenza più elevata, ad indicare che circa 50 persone provino il desiderio costante di essere più magri.

Grafico 18: Distribuzione delle risposte con punteggio > 20: “Sento un forte desiderio di essere più magro/a”



Una porzione estremamente significativa del campione a rischio sente sempre il desiderio di essere più magro, suggerendoci la presenza di un'eccessiva preoccupazione per il peso corporeo.

Grafico 19: Distribuzione delle risposte alla domanda: “Quando mangio impiego più tempo degli altri per finire il pasto”

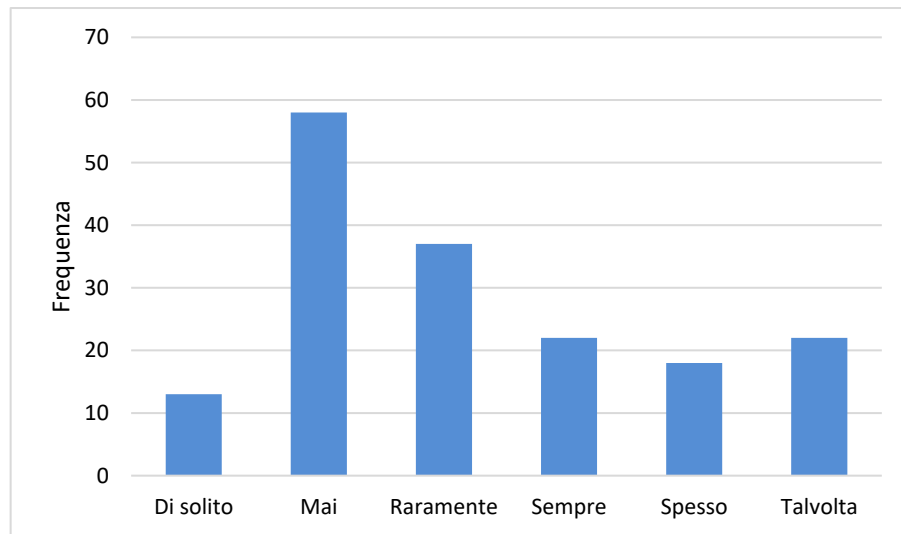
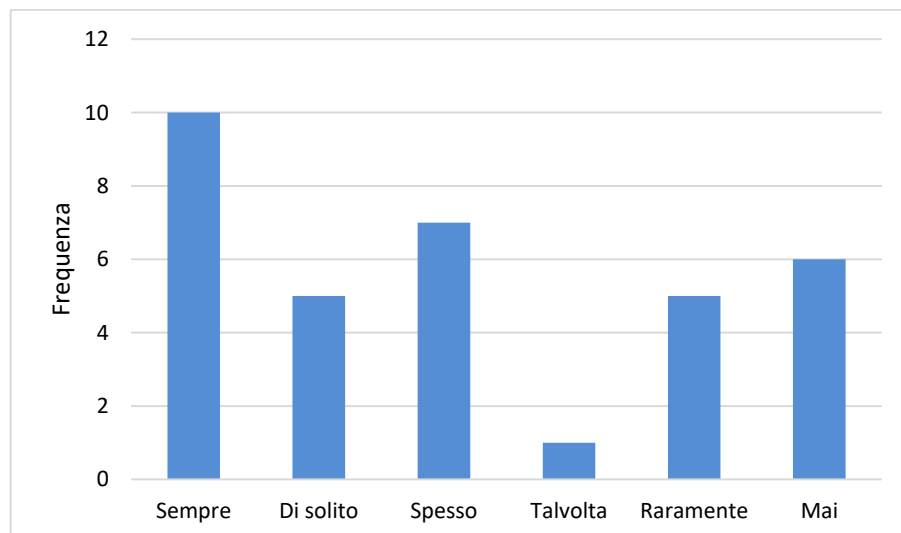


Grafico 20: Distribuzione delle risposte con punteggio > 20: “Quando mangio impiego più tempo degli altri per finire il pasto”



Una significativa percentuale del campione a rischio ha riportato un impiego di una tempistica maggiore durante il pasto; d'altra parte, una parte di esso ha risposto “mai” o “raramente” per cui il tempo impiegato per mangiare non è una caratteristica importante delle loro abitudini alimentari.

5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

5.1. Interpretazione dei risultati

I risultati derivanti dalla ricerca basata sul questionario validato EAT-26 hanno fornito indicazioni rilevanti sui comportamenti alimentari nella fascia d'età compresa tra i 16 e i 25 anni.

L'analisi dei dati ha fatto emergere un aspetto degno di nota: la differenza tra generi. Come notiamo dal grafico 9 si ha un maggior numero di donne che ha riportato dei punteggi elevati rispetto agli uomini, un risultato coerente con gli studi recenti e precedentemente illustrati (Arija Val et al, 2022). Analogamente ai risultati di uno studio pubblicato nel 2019 troviamo una relazione tra immagine corporea, preoccupazioni per il proprio corpo, insoddisfazione di se stessi ed atteggiamenti alimentari disordinati tra le giovani donne (Aparicio-Martinez et al, 2019). Il fenomeno potrebbe essere spiegato dalla maggiore pressione sociale a cui si trova di fronte una donna in relazione all'immagine corporea e i tanto osannati ideali di magrezza e bellezza che vengono mostrati al giorno d'oggi per via dell'influenza dei social media.

Una percentuale significativa dei soggetti del campione ha ottenuto un punteggio superiore alla soglia critica di 20 punti, come viene mostrato nei grafici 7 e 8. È un dato particolarmente rilevante poiché viene confermata la maggiore vulnerabilità della fascia di età tenuta in considerazione, rappresentandone l'effettivo picco di rischio, in linea con i dati emersi da una ricerca a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, in cui il 59% dei casi di disturbo alimentare ha tra i 13 e i 25 anni di età. Essendoci una correlazione positiva tra età e punteggio, sappiamo che il periodo adolescenziale può rappresentare una fase critica per lo sviluppo, sottolineando come gli interventi preventivi possano essere di fondamentale importanza e fare la differenza.

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) che risalgono al 2021 è pari al 50,9% la popolazione di 18 anni e più in condizioni di normopeso, mentre il 46,2% è in eccesso di peso (34,2% in sovrappeso e 12,0% obeso), infine, il 2,9% è sottopeso. Analogamente nel grafico 4 si osserva che la maggior parte del nostro campione rientra nella categoria normopeso, seguita dal sovrappeso e una minore percentuale sottopeso; la distribuzione riflette i dati epidemiologici generali della popolazione giovanile, secondo cui la maggior parte degli individui si trova in condizioni di normopeso, ma ciò non

implica necessariamente che essi non abbiano dei comportamenti alimentari disfunzionali. Secondo quanto emerso dalla compilazione del questionario EAT-26, anche i soggetti con IMC nella norma hanno riportato sintomi tipici dei disturbi alimentari, come restrizioni caloriche auto-imposte, preoccupazioni eccessive per il proprio peso e comportamenti compensatori.

Il 10% dei soggetti all'interno del campione rientra nella categoria sottopeso, che spesso si associa a comportamenti restrittivi, come quelli dell'anoressia nervosa o comportamenti compensatori tipici della bulimia nervosa. Circa il 14% dei partecipanti rientra, invece, nella categoria sovrappeso, suggerendoci la possibile presenza di episodi di abbuffate o un'assunzione calorica eccessiva che si riscontra nel disturbo da alimentazione incontrollata (BED). In uno studio pubblicato nel 2011 si è indagata la natura e la gravità dei disturbi alimentari in persone normopeso affette da BED, confrontandoli con individui affetti da obesità (Goldschmidt et al, 2011). È risultato che i partecipanti normopeso hanno riferito un controllo del peso molto più frequente rispetto ai coetanei obesi, hanno mangiato meno pasti al giorno, eseguito molta attività fisica ed evitato determinati alimenti con il fine di controllare il proprio peso. Si sono anche sentiti angosciati molto frequentemente per via delle loro tendenze di abbuffata. Per questa ragione l'analisi del rischio non si può limitare ai soli parametri fisici, come l'IMC, nonostante possa essere una buona base di partenza, ma si rende necessario considerare anche gli aspetti comportamentali.

È importante che gli esperti della nutrizione siano sensibili ed attenti a problematiche e campanelli d'allarme, con il fine di evidenziare precocemente i pazienti con difficoltà alimentari ed inviarli ad una figura formata nella cura dei disturbi dell'alimentazione. Tra i vari fattori di rischio, specialmente negli adolescenti e giovani adulti, ritroviamo le diete. Le giovani donne in regime dietetico possiedono un rischio maggiore di manifestare un disturbo dell'alimentazione, rispetto a chi non lo è; in particolar modo, le diete basate sul digiuno intermittente e pasti saltuari possono provocare il disturbo da alimentazione incontrollata, a causa di un'alterazione dei segnali della fame e di sazietà. La modifica della propria alimentazione è un campanello di allarme per i soggetti che soffrono di DCA; si tende, infatti, a preferire alimenti additati come salutari, rispetto ai dolci o carboidrati, a causa di una preoccupazione che possano incidere sul proprio peso o che

possano condurre ad un episodio di perdita di controllo. È fondamentale una presa in carico di una figura esperta in nutrizione, e può rendersi necessaria anche la presenza di uno psicoterapeuta. A supporto di ciò, in uno studio del 2010, viene segnalato che, attraverso la formazione e l'esperienza nella terapia nutrizionale specifica per i disturbi alimentari, viene promosso un risultato ben positivo nei pazienti (Reiter & Graves, 2010). Non tutte le persone che si presentano a rischio di DCA sono adeguatamente seguite da specialisti; è, infatti, preoccupante che, come vediamo dal grafico 10, la maggioranza dei partecipanti tra coloro che hanno ottenuto un punteggio superiore a 20 non è attualmente in contatto con nessuna figura esperta.

Tra i diversi sintomi che una persona affetta da disturbi alimentari, in particolare di anoressia nervosa, può manifestare, si ritrova il rifiuto di cibo per paura di prendere peso. Vi è una alterazione dell'immagine del proprio corpo per cui, anche se in condizione di magrezza patologica, viene percepito come troppo grasso, facendo di questa paura, il punto centrale della propria vita. Anche chi soffre di bulimia nervosa vuole prevenire l'aumento di peso, mettendo in atto condotte compensatorie inappropriate, per via di un'alterazione nella percezione del proprio peso. Dalle risposte ottenute nel questionario EAT-26 alla domanda "ho una terribile paura di ingrassare", nel grafico 11, è stata riportata una maggioranza di persone che manifestano questa sintomatologia continuamente. In particolare, è stata fatta un'analisi per le sole persone che avessero ottenuto un punteggio a rischio, nel grafico 12, in cui si è potuto notare una quasi totale presenza di risposte "sempre" e nessuna risposta "mai". È un dato che suggerisce chiaramente che un notevole gruppo di persone della popolazione campione potrebbe avere atteggiamenti problematici rispetto alla propria immagine corporea e alimentazione. L'insoddisfazione corporea è un sintomo frequente nei disturbi alimentari e rappresenta un segnale preoccupante. Nel grafico 18, alla domanda "sento un forte desiderio di essere più magro/a", "mai" ha una frequenza elevata, rappresentando un segnale ben positivo. Le altre risposte si manifestano in maniera moderata: alcuni soggetti presentano un desiderio sporadico di magrezza mentre altri lo presentano con regolarità ma in maniera incostante.

Chi soffre di bulimia nervosa compensa le abbuffate attraverso l'autoinduzione del vomito, l'utilizzo i lassativi o diuretici. Episodi di abbuffate sono un chiaro segnale di

bulimia nervosa, ma anche di disturbo da alimentazione incontrollata, in cui il paziente manifesta delle crisi iperfagiche compulsive di breve durata, come se perdesse il controllo su di sé. Attraverso la somministrazione del questionario è stato richiesto se fosse mai capitato loro di mangiare con voracità e non riuscire a fermarsi; una buona parte del campione totale non ha mai riscontrato questo tipo di condotta o la ha sperimentata in modo occasionale e intermittente. Vi sono pochi soggetti che dichiarano tali episodi in modo ricorrente, ma richiedono comunque particolare attenzione poiché considerabili un campanello d'allarme, essendo spia di una presenza attiva di problematica alimentare. Come abbiamo già visto, per interrompere il BED non ci si deve focalizzare esclusivamente sulla perdita di peso, poiché si ha il rischio di innescare un circolo vizioso controproducente (Giel et al, 2022); la dieta, infatti, aumenta la fame e scatena le abbuffate, creando un'alternanza di calo ponderale e recupero del peso, molto deleteria.

Le condotte compensatorie possono essere distinte in comportamenti compenso eliminativi e i comportamenti di compenso non eliminativi, tra cui la restrizione dietetica estrema o l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo. Esse rappresentano un sintomo cardine di DCA, motivo per cui è un indicatore che viene esplorato all'interno del questionario. Nel grafico 16, in particolare, è stato richiesto ai soggetti a rischio se avessero avuto condotte eliminatorie, ed è emerso che solo un numero ridotto sperimenta il sintomo clinico in maniera non regolare e saltuaria, con una maggioranza di soggetti che non ha mai vomitato a seguito di un pasto. I dati ci rassicurano, poiché è chiaramente dimostrato che, all'interno del gruppo, il vomito autoindotto è un comportamento non diffuso come meccanismo di controllo del peso. La minima presenza di risposte positive richiede dosi di attenzione per prevenire potenziali disturbi alimentari nel campione.

Impiegare molto tempo per alimentarsi, inoltre, può essere associato a comportamenti restrittivi o potenzialmente disfunzionali, ed è più di frequente riscontrabile nell'anoressia nervosa. Per alcuni dei soggetti è facile provare ansia nel momento del pasto, arrivando a correlarlo ad un momento stressante, o per paura di prendere peso o per la preoccupazione di assumere un elevato apporto calorico; i soggetti che presentano questa problematica spesso tagliano il cibo in piccoli pezzi, prestando eccessiva attenzione alla quantità che si ingerisce. La maggioranza delle risposte nel grafico 19 indicano che il comportamento in

questione non sia generalizzato, ma si ha una percentuale non indifferente di persone potenzialmente sottoposte a rischio.

5.2. I limiti della ricerca

Nonostante i risultati dello studio ottenuti siano rilevanti, vi sono presenti alcune limitazioni. In primo luogo, la dimensione del campione pur essendo adeguata ad un'analisi esplorativa orientata alla ricerca di tendenze generali, non consente di estendere i risultati ad una popolazione più ampia, rischiando di non rappresentarla adeguatamente.

Il fatto di non avere informazioni dettagliate su variabili come esperienze personali passate o condizioni mediche preesistenti, potrebbe aver influenzato i risultati, poiché vi è una mancanza di esplorazione di fattori psicologici profondi che possono contribuire allo sviluppo di problematiche alimentari, come ansia o depressione.

Il questionario EAT-26 è ampiamente utilizzato come metodo di screening preliminare dei disturbi alimentari, ma il suo utilizzo presenta alcune limitazioni. Essendo un questionario somministrato in autonomia vi è il rischio di bias di risposta, per via di una non totale onestà da parte del soggetto o una non consapevolezza dei propri comportamenti alimentari. Nonostante sia uno strumento valido per individuare soggetti potenzialmente a rischio, non è uno strumento di diagnosi pertanto può produrre falsi positivi o falsi negativi, infatti, la soglia di 20 punti potrebbe non essere sempre adeguata a tutte le popolazioni o età.

Ulteriori ricerche future potrebbero mirare ad aumentare la numerosità campionaria, integrando ulteriori strumenti e, infine, indagare aspetti più profondi della persona come, ad esempio, traumi pregressi o attaccamento eccessivo alla figura materna che possano aver portato il soggetto a comportamenti rischiosi.

5.3. Punti di forza della ricerca

La ricerca possiede punti di forza che ne aumentano la validità e l'importanza. Il questionario EAT-26, essendo uno strumento validato e internazionale, offre una prima valutazione del rischio, assicurandoci un buon livello di affidabilità. La standardizzazione dei risultati, inoltre, rende lo studio comparabile con altre ricerche in letteratura.

Il campione di età compresa tra i 16 e i 25 anni indaga su una fascia di popolazione potenzialmente vulnerabile a comportamenti alimentari disfunzionali; infatti, secondo quanto emerso dai risultati, le età più delicate sono quelle dell'adolescenza e della prima età adulta. A causa dei cambiamenti corporei legati alla pubertà e alla tendenza a giudicarsi in base al proprio peso, vengono frequentemente iniziate le diete fai-da-te.

Lo studio fornisce un contributo significativo per la comprensione dei disturbi alimentari nella popolazione giovanile e per le possibili strategie di prevenzione, con eventuali applicazioni pratiche al fine di adottare interventi preventivi futuri.

6. CONCLUSIONI

Dalla presente ricerca si può concludere che il questionario EAT-26 sia effettivamente uno strumento efficace per identificare precocemente individui potenzialmente a rischio in età compresa dai 16 ai 25 anni. I risultati hanno rivelato che una buona percentuale dei partecipanti al test ha mostrato comportamenti alimentari disfunzionali, suggerendo che vi sia una seria necessità di adottare un maggiore focus nella prevenzione in età giovanile. L'infermiere può avvalersi di questo strumento per migliorare l'identificazione precoce, riducendo l'insorgenza di disturbi alimentari gravi attuando interventi tempestivi.

In possibili ricerche future si potrebbe pensare di applicare EAT-26 in altri contesti, o, visto il progressivo aumento dell'incidenza in una popolazione ancora più giovane, in soggetti che frequentano le scuole medie. Implementare programmi di prevenzione e di sensibilizzazione, coinvolgendo non solo i professionisti della salute, ma anche le famiglie e le scuole, potrebbe notevolmente migliorare la qualità di vita dei giovani, riducendo in questo modo l'incidenza dei disturbi alimentari.

In conclusione, il mio studio rappresenta un contributo efficace nel campo della prevenzione e sottolinea il bisogno di nuove politiche sanitarie mirate alla diagnosi precoce e all'intervento tempestivo. Un continuo sviluppo della ricerca sui DCA sarà essenziale per lo sviluppo di strumenti sempre più efficaci per prendersi cura della salute mentale e fisica dei giovani.

7. IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

La crescente incidenza dei DCA tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 25 anni rappresenta una preoccupazione rilevante per la salute pubblica, essendo una fascia di età vulnerabile a fattori di rischio associati, nei quali riconosciamo i cambiamenti corporei dovuti alla pubertà, forti pressioni sociali e ideali di bellezza. Le implicazioni pratiche derivanti dai risultati ottenuti sono di fondamentale importanza per concretizzare le azioni future nel campo dell'infermieristica e della salute pubblica.

La figura dell'infermiere, cui Codice Deontologico nell'Articolo 7 cita *“l'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività”* è fondamentale per garantire una gestione efficiente del percorso clinico e l'appropriatezza delle cure. A supporto di ciò, nel 2019 uno studio indaga i ruoli, le attività e le aspettative dell'infermiere e del case manager nella cura dei pazienti con disturbi alimentari (Foà et al., 2019). Da esso emerge che gli infermieri si occupano di analizzare i bisogni assistenziali dei pazienti e coordinano in modo empatico l'assistenza multidisciplinare, realizzando una relazione funzionale con il nucleo paziente-famiglia.

I dati raccolti nella ricerca suggeriscono che vi sia la necessità di instaurare programmi di prevenzione mirati per promuovere una corretta alimentazione e un'immagine corporea positiva tra i giovani, collaborando con psicologi per affrontare le percezioni negative del corpo. Essi possono essere rappresentati dalla figura dell'infermiere che implementa EAT-26 come strumento di screening nelle scuole e in contesti sanitari, per effettuare interventi tempestivi e mirati finalizzati ad un recupero efficace. L'ambiente scolastico, essendo lo spazio in cui si ritrovano i giovani, ha la responsabilità di aiutare a prevenire l'obesità e promuovere l'attività fisica associata ad un'alimentazione sana, attraverso politiche, pratiche ed ambienti di supporto (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

L'infermiere, grazie alla sua vicinanza con i pazienti, gode di un'ottima posizione per agire preventivamente, riconoscere i primi segnali di rischio e avviare interventi di supporto. È importante informare i giovani e i loro familiari sui rischi legati all'uso dei

social media, che promuovono modelli di bellezza irreali, e insegnare loro come gestire l'impatto emotivo dei messaggi che vengono trasmessi.

Potrebbe essere necessario disporre di campagne di sensibilizzazione mirate che non coinvolgano solo i giovani, ma anche le loro famiglie e gli insegnanti, per favorire un'identificazione precoce e creare un ambiente di supporto. I risultati della ricerca, infine, evidenziano l'importanza di un approccio multidisciplinare, che coinvolga infermieri, psicologi e dietologi, per fornire un supporto continuo, un approccio olistico e percorsi di cura personalizzati.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

- Al Nasser, Y., Muco, E., Alsaad, A.J. (2023). Pica.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Morena, A.J., Martinez-Jimenez, M.P., Redel-Macias, M.D., Pagliari, C., Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: an exploratory analysis.
- Arija Val, V., Santi Cano, M.J., Novalbos Ruiz, J.P., Canals, J., Martin, A.R. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders.
- Balasundaram, P., Santhanam, P. (2023). Eating disorders.
- Becker, K.R., Keshishian, A.C., Liebman, R.E., Coniglio, K.A., Wang, S.B., Franko, D.L., Eddy, K.T., Thomas, J.J. (2018). Impact of expanded diagnostic criteria for avoidant/restrictive food intake disorder on clinical comparisons with anorexia nervosa.
- Bhatia, M.S., Kaur, J. (2014). Pica as a Culture Bound Syndrome.
- Boccaletto, F. (2020). Anoressia femminile e maschile: il genere e la malattia.
- Bryant-Waugh, R., Higgins, C. (2020). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Childhood and Adolescence.
- Centers for Disease Control and Prevention, (2011). School health guidelines to promote healthy eating and physical activity.
- Clarke, P.M., Murnen, S.K., Smolak, L. (2009). Development and psychometric evaluation of a quantitative measure of “fat talk”.
- Corning, A.F., Gondoli, D. (2012). Who is most likely to fat talk? A social comparison perspective.
- Dalle Grave, R. (n.d.). DSM-5: quali sono le novità riguardanti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione?
- Dalle Grave, R. (n.d.). I disturbi dell'alimentazione: chi colpiscono e cosa sono.
- Dalle Grave, R. (n.d.). Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione: un aggiornamento.
- Devoe, D.D., Han, A., Anderson, A., Katzman, D.K., Patten, S.B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review.
- Fairburn, C.G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders.

- Ferrero, L. (2014). Il disturbo da ruminazione.
- Foà, C., Bertuol, M., Deiana, L., Rossi, S., Sarli, L., Artioli, G. (2019). The case/care manager in eating disorders: the nurse's role and responsibilities.
- Frieiro, P., Gonzáles-Rodríguez, R., Domínguez-Alonso, J. (2022). Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents eating disorders.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E., 1979, *Psychological Medicine* , 9, 273-279
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). *The eating attitude test: Psychometric features and clinical correlates*. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.
- Giel, K.E., Bulik, C.M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder.
- Goldschmidt, A.B., Le Grange, D., Powers, P., Crow, S.J., Hill, L.L., Peterson, C.B., Crosby, R.D., Mitchell, J.E. (2011). Eating disorder symptomatology in normal-weight vs obese individuals with binge eating disorder.
- Iorio, G., Prisco, V., & Iorio, N. (2014). La pica: aspetti nosografici e rilievi psicopatologici.
- Kenny, T.E., Carter, J.C., Safer, D.L. (2019). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge eating disorder.
- Ousley, L., Cordero, E.D., White, S. (2007). Fat talks among college students: how undergraduates communicate regarding food and body weight, shape and appearance.
- Reiter, C.S. & Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders.
- Russel, G., (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*.
- Scita, F., Artoni, P. (2024). Anoressia e diagnosi. Le differenze tra DMS-IV-TR e DSM-5.
- Silén, Y., Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people.

- Spivak-Lavi, Z., Latzer, Y., Stein, D., Peleg, O., Tzischinsky, O. (2023). Differences in the factor structure of the Eating Attitude Test-26 (EAT-26) among clinical vs. non-clinical adolescent Israeli females.
- Thomas, J.J., Wons, O.B., Eddy, K.T. (2018). Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder.
- Van Eeden, A.E., Van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia and bulimia nervosa.
- <https://www.dimensioneinfermiere.it/encomio-virginia-henderson-metaparadigma-infermieristico/> (consultato in data 25/07/2024)
- <https://www.psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/prevenzione/> (18/07/2024)
- <https://www.stateofmind.it/disturbo-evitante-restrittivo/> (consultato in data 1/07/2024)
- <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia> (consultato in data 04/07/2024)
- <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/> (consultato in data 08/07/2024)
- <https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia#:~:text=Il%20rapporto%20tra%20prevalenza%20nelle,cento%20degli%20anoressici%20sono%20maschi.> (consultato in data 5/07/2024)
- <https://apc.it/bulimia/> (consultato in data 9/07/2024)
- <https://www.stateofmind.it/2018/07/binge-eating-disorder-caratteristiche/> (consultato in data 10/07/2024)
- <https://www.eat-26.com> (consultato in data 29/07/2024)
- <https://www.aidap.org/eating-attitude-test-26-item/> (consultato in data 29/07/2024)
- <https://www.stateofmind.it/2022/05/disturbi-alimentari-prevenzione/> (consultato in data 22/07/2024)
- https://www.asst-pini-cto.it/contenuto-web/-/asset_publisher/6G4IVZvsHZIT/content/giornata-nazionale-del-fiocchetto-lilla-2024#:~:text=Milano%2C%20Venerdi%2015%20marzo%20%2D%20Oggi,ne%20esistono%20di%20diverse%20tipologie. (consultato in data 03/08/2024)

- <https://www.avvenire.it/attualita/pagine/disturbi-alimentari-una-legge-per-contrastarli> (consultato in data 26/07/2024)
- <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disturbi-dell-alimentazione#bibliografia> (consultato in data 22/07/2024)
- <https://www.psicopatologiaalimentazione.it/per-i-familiari/cosa-sono-i-disturbi-alimentari/la-bulimia-nervosa/caratteristiche-psicologiche/> (consultato in data 24/07/2024)
- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA#:~:text=Il%20DSM%2D5%20fornisce%20la,o%20assorbimento%20di%20cibo%20e> (consultato in data 11/07/2024)
- <https://www.eist.it/anoressia-tutto-quello-che-devi-sapere/> (consultato in data 03/08/2024)
- <https://www.ospedemarialuigia.it/disturbi-comportamento-alimentare/anoressia-diagnosi-le-differenze-dsm-iv-tr-dsm-5/> (consultato in data 08/08/2024)
- <https://medicinaonline.co/2018/12/22/segno-di-russell-in-anoressia-e-bulimia-cause-ed-interpretazione/> (consultato in data 01/08/2024)
- <https://www.ordinemedicifrosinone.it/fr/news-letter/1761-disturbi-del-comportamento-alimentare-l-8-10-delle-ragazze-e-lo-0-5-1-dei-ragazzi-soffrono-di-anoressia-o-bulimia> (consultato in data 07/08/2024)
- <https://www.stateofmind.it/2021/11/disturbi-alimentari-nutrizionista/> (consultato in data 04/10/2024)
- <https://www.auxologico.it/malattia/anoressia#:~:text=Tra%20i%20sintomi%20psicologici%2C%20i,ritiro%20dalle%20relazioni%20sociali> (consultato in data 06/10/2024)
- <https://www.auxologico.it/malattia/disturbo-alimentazione-incontrollata-binge-eating-disorder> (consultato in data 04/10/2024)
- <https://www.auxologico.it/malattia/disturbo-alimentazione-incontrollata-binge-eatingdisorder#:~:text=A%20soffrire%20del%20Disturbo%20da,un%20ampio%20intervallo%20di%20età.> (consultato in data 9/07/2024)

- <https://www.stateofmind.it/2021/07/condotte-di-eliminazione-disturbi-alimentari/> (consultato in data 04/10/2024)
- <http://www.dallegrave.it/quinta-edizione-del-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-5-quali-sono-le-novita-riguardanti-i-disturbi-della-nutrizione-e-dellalimentazione/> (consultato in data 11/07/2024)
- <http://www.dallegrave.it/prevenzione-dei-disturbi-dellalimentazione-un-aggiornamento/> (consultato in data 22/07/2024)
- <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2023/04/04/in-tre-anni-i-disturbi-alimentari-sono-piu-che-raddoppiati-specie-fra-i-giovanissimi/> (consultato in data 26/07/2024)
- <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6163&area=salute%20mentale&menu=DNA> (consultato in data 03/07/2024)
- <https://www.giuseppeiovino.com/mericismo-significato-e-cura/>. (consultato in data 05/07/2024)
- <https://www.istat.it/tavole-di-dati/fattori-di-rischio-per-la-salute-fumo-obesita-alcol-e-sedentarieta-anno-2021/> (consultato in data 08/10/2024)
- <https://www.intherapy.it/disturbo/bulimia-nervosa> (consultato in data 08/10/2024)