



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'anoressia in pazienti adolescenti correlata
a fattori sociali, ambientali e psichiatrici**

*Anorexia in adolescent patients related to social,
environmental, and psychiatric factors*

Relatore: Chiar.ma

Rita Fiorentini

Tesi di Laurea di:

Micky Coppari

A.A. 2024/2025

Sommario

Introduzione	1
Capitolo 1. Alimentazione e DCA in adolescenza	3
Capitolo 2. Gestione dei DCA negli adolescenti	13
Capitolo 3. Il Modello di adattamento di Roy: un quadro teorico per gli infermieri fornire assistenza alle persone affette da anoressia nervosa.	21
Obiettivo	29
Materiali e metodi	30
Risultati	31
Discussione	35
Conclusioni	38
Bibliografia e Sitografia.....	40

Abstract

Negli ultimi anni i disturbi del comportamento alimentare hanno assunto una crescente rilevanza nella popolazione adolescenziale, rappresentando un importante problema di sanità pubblica; tra questi, l'anoressia nervosa si distingue per la complessità clinica e il rischio di gravi complicanze. Il presente lavoro si propone di analizzare tale patologia in età adolescenziale, approfondendone i fattori di rischio, le caratteristiche cliniche e il ruolo dell'assistenza infermieristica nella prevenzione e gestione. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione della banca dati PubMed e del sito dell'American Psychiatric Association, utilizzando il modello PICO per strutturare la ricerca. Sono stati selezionati articoli pubblicati tra il 2016 e il 2026, di cui otto ritenuti pertinenti. I risultati evidenziano come l'anoressia nervosa sia una patologia multifattoriale, determinata dall'interazione di fattori biologici, psicologici e socioculturali, tra cui bassa autostima, perfezionismo, insoddisfazione corporea e influenza dei social media. La malnutrizione associata comporta complicanze multisistemiche e un aumento del rischio di mortalità. L'analisi sottolinea l'importanza dell'identificazione precoce e di interventi preventivi mirati, nonché il ruolo centrale dell'infermiere nel monitoraggio clinico, nel supporto relazionale e nella promozione di comportamenti salutari. In conclusione, l'anoressia nervosa rappresenta una sfida significativa in età adolescenziale e richiede un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona, al fine di migliorare gli esiti clinici e la qualità di vita dei pazienti.

Parole chiave:

Anoressia nervosa; adolescenza; disturbi del comportamento alimentare; fattori di rischio; prevenzione; assistenza infermieristica.

Introduzione

Negli ultimi decenni, i disturbi del comportamento alimentare (DCA) hanno assunto un ruolo sempre più rilevante nell'ambito della salute pubblica, configurandosi come patologie complesse e multifattoriali in costante aumento, soprattutto nella popolazione adolescenziale. Tra questi, l'anoressia nervosa rappresenta una delle condizioni cliniche più gravi sia per l'impatto sullo stato di salute fisica e psicologica dell'individuo, sia per l'elevato rischio di complicanze e mortalità. La crescente diffusione di tali disturbi, unita alla loro insorgenza sempre più precoce, rende necessario un approfondimento sistematico del fenomeno, con particolare attenzione ai fattori di rischio, alle modalità di prevenzione e al ruolo dei professionisti sanitari nella presa in carico.

L'adolescenza costituisce una fase cruciale dello sviluppo umano, caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, psicologici e relazionali. In questo periodo, l'individuo è chiamato a costruire la propria identità, sviluppare autonomia e definire il proprio ruolo sociale. Tuttavia, tali trasformazioni possono rendere i giovani particolarmente vulnerabili all'influenza di fattori esterni, quali i modelli culturali e sociali legati all'immagine corporea. L'esposizione costante a ideali estetici irrealistici, amplificata dall'uso dei social media, contribuisce a generare insoddisfazione corporea, bassa autostima e comportamenti alimentari disfunzionali, rappresentando un terreno fertile per l'insorgenza dei DCA.

Dal punto di vista epidemiologico, i disturbi del comportamento alimentare interessano una quota significativa della popolazione generale, con una prevalenza maggiore tra gli adolescenti e i giovani adulti. Studi recenti evidenziano come fino al 5% della popolazione possa essere affetto da un DCA nel corso della vita, con una maggiore incidenza nel sesso femminile. Tuttavia, è importante sottolineare come tali disturbi risultino spesso sottodiagnosticati nei maschi, nei quali possono manifestarsi con caratteristiche cliniche differenti ma ugualmente severe. In Italia, sebbene i dati epidemiologici risultino ancora parziali, si osserva un trend in crescita, con un numero sempre maggiore di giovani che presentano comportamenti a rischio o sintomatologia compatibile con un disturbo alimentare.

L'anoressia nervosa si distingue per la sua complessità eziopatogenetica, essendo il risultato dell'interazione tra fattori biologici, genetici, psicologici e socioculturali. Tra i principali fattori di rischio si annoverano tratti di personalità quali perfezionismo e rigidità cognitiva, bassa autostima, difficoltà nella regolazione emotiva, nonché esperienze traumatiche e dinamiche familiari disfunzionali. A questi si aggiungono fattori ambientali e culturali, tra cui la pressione sociale verso modelli di magrezza estrema e il confronto continuo con standard corporei idealizzati. L'insieme di tali elementi contribuisce allo sviluppo di comportamenti di restrizione alimentare, eccessivo controllo del peso e alterata percezione dell'immagine corporea.

Le conseguenze dell'anoressia nervosa sono molteplici e coinvolgono diversi sistemi dell'organismo. La malnutrizione derivante dalla restrizione calorica può determinare complicanze cardiovascolari, endocrinologiche, gastrointestinali e neurologiche, oltre a compromettere lo sviluppo puberale e la salute ossea. Dal punto di vista psicologico, il disturbo si associa frequentemente a comorbidità quali depressione, ansia e disturbi ossessivo-compulsivi, contribuendo a un significativo peggioramento della qualità di vita. Il decorso clinico risulta variabile: sebbene una parte dei pazienti possa andare incontro a guarigione, una quota significativa sviluppa forme croniche o recidivanti, con un rischio non trascurabile di mortalità.

Alla luce di tali considerazioni, emerge con forza l'importanza della prevenzione e dell'identificazione precoce dei soggetti a rischio. Gli interventi preventivi possono essere articolati su diversi livelli — primario, secondario e terziario — e comprendono strategie di educazione sanitaria, promozione di stili di vita sani, screening precoce e interventi mirati sui fattori di rischio. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere risulta centrale, non solo nella gestione clinica del paziente, ma anche nell'ambito della prevenzione e dell'educazione alla salute. L'infermiere, infatti, rappresenta spesso una figura di riferimento in grado di intercettare precocemente segnali di disagio, instaurare una relazione terapeutica efficace e collaborare con l'équipe multidisciplinare nella presa in carico globale dell'adolescente.

L'anoressia nervosa rappresenta una sfida complessa e attuale per il sistema sanitario, richiedendo un approccio integrato, multidisciplinare e centrato sulla persona. La comprensione approfondita del fenomeno e il potenziamento delle strategie preventive e

assistenziali risultano essenziali per migliorare gli esiti clinici e la qualità di vita degli adolescenti affetti da questo disturbo.

Capitolo 1. Alimentazione e DCA in adolescenza

Negli ultimi decenni le abitudini alimentari della popolazione mediterranea si sono progressivamente allontanate dal modello tradizionale, con un aumento del consumo di alimenti ricchi di grassi e zuccheri e una riduzione dell'attività fisica. Questo squilibrio ha contribuito alla diffusione di patologie croniche, rappresentando un importante problema di sanità pubblica. Nonostante la presenza di linee guida nutrizionali, lo squilibrio alimentare rimane diffuso e può evolvere in condizioni patologiche come la malnutrizione. Quest'ultima può derivare sia da eccesso che da difetto di nutrienti e comporta conseguenze non solo fisiche, ma anche psicologiche e relazionali.

Durante l'adolescenza, fase cruciale dello sviluppo fisico e psicologico, aumentano i fabbisogni nutrizionali e l'influenza di fattori psicologici e sociali, come l'identità personale e i modelli estetici. In questo contesto si registra la maggiore prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare, tra cui anoressia e bulimia, condizioni complesse con importanti ripercussioni sulla salute fisica e mentale. In particolare, l'anoressia nervosa rappresenta una patologia grave, espressione di un profondo disagio psicologico, che richiede un approccio assistenziale multidisciplinare. Risulta pertanto fondamentale approfondirne caratteristiche cliniche, fattori di rischio e strategie di prevenzione, con particolare attenzione al ruolo dell'assistenza infermieristica. (Saiani & Brugnolli, 2010).

Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da una persistente restrizione dell'assunzione calorica, intensa paura di aumentare di peso e significativa alterazione della percezione dell'immagine corporea. Tale condizione conduce a un peso corporeo significativamente basso in relazione all'età e all'altezza; negli adulti, l'indice di massa corporea (BMI) risulta generalmente inferiore a 18,5.

I soggetti affetti presentano un'elevata preoccupazione per il peso e la forma corporea e tendono a mettere in atto comportamenti restrittivi, come dieta ipocalorica, digiuno o

esercizio fisico eccessivo. Non è raro che minimizzino o neghino la gravità della propria condizione, mostrando una scarsa consapevolezza di malattia.

Dal punto di vista epidemiologico, l'anoressia nervosa colpisce circa l'1% delle donne, con maggiore prevalenza durante l'adolescenza e la prima età adulta. Sebbene sia più frequente nel sesso femminile, può interessare individui di qualsiasi sesso e condizione socioeconomica.

Secondo il DSM-5, si distinguono due sottotipi principali: il tipo con restrizioni, in cui la perdita di peso avviene prevalentemente attraverso limitazione dell'introito alimentare e/o attività fisica eccessiva (APA, 2013), e il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, caratterizzato da episodi ricorrenti di vomito autoindotto o uso improprio di lassativi e diuretici (Mehler, 2019). Tale distinzione assume rilevanza clinica, poiché orienta la valutazione del rischio di complicanze e la pianificazione degli interventi assistenziali. (APA, 2013)

L'eziologia dell'anoressia nervosa è multifattoriale e comprende fattori biologici, psicologici e socioculturali, con una possibile predisposizione genetica. Il disturbo si associa frequentemente a comorbidità psichiatriche, tra cui disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbo ossessivo-compulsivo.

L'anoressia nervosa rappresenta una delle patologie psichiatriche a più elevata mortalità, sia per le complicanze mediche, in particolare cardiovascolari, sia per l'aumentato rischio suicidario, rendendo fondamentale un'identificazione precoce e un intervento tempestivo (APA website).

Fattori di rischio

L'eziologia dell'anoressia nervosa è una combinazione di fattori di rischio psicologici, biologici e culturali. L'abuso sessuale o psicologico e una storia familiare di disturbi dell'umore sono considerati fattori di rischio non specifici che aumentano la vulnerabilità nei confronti di svariati disturbi psichiatrici, tra cui l'anoressia nervosa. Anche l'appartenenza a determinati gruppi sociali in cui è rilevante la tematica del controllo del peso costituisce un fattore di rischio di anoressia nervosa, un ruolo importante viene svolto anche dai mass media che mostrano alle donne più giovani canoni di bellezza non sempre corrispondenti al fisico. (APA website).

L'insorgenza dell'anoressia nervosa (AN) negli adolescenti dipende da una complessa interazione di fattori biologici, psicologici, genetici, ambientali e culturali (APA, 2013). Tra i fattori biologici, il genere rappresenta uno degli elementi più rilevanti. Le ragazze e le giovani donne presentano una probabilità significativamente maggiore di sviluppare un DCA rispetto ai coetanei maschi (Striegel-Moore et al., 2009). Tuttavia, studi recenti evidenziano che nei maschi i disturbi alimentari sono meno riconosciuti ma altrettanto gravi in termini di manifestazione sintomatologica (Gorrell & Murray, 2019).

Anche l'età costituisce un fattore determinante: l'adolescenza, con i profondi cambiamenti ormonali e corporei legati alla pubertà, rappresenta una fase critica per l'esordio del disturbo.

Tra i principali fattori psicologici associati all'insorgenza dei DCA si riscontrano: tratti di personalità, ossessivo-compulsivi, perfezionismo, bassa autostima, difficoltà nella regolazione emotiva, eventi traumatici.

La presenza di tali caratteristiche può favorire l'utilizzo del controllo alimentare come strategia disfunzionale di gestione dell'ansia e del disagio emotivo (Meshkova et al., 2023).

I fattori socioculturali svolgono un ruolo cruciale, in particolare nell'epoca contemporanea caratterizzata da un uso intensivo dei social media. L'esposizione costante a modelli corporei idealizzati e la tendenza al confronto sociale favoriscono l'insoddisfazione corporea e l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza (Dane & Bhatia, 2023; Sharma & Vidal, 2023). Inoltre, comportamenti quali consumo di alcol, fumo e autolesionismo sono stati associati a un maggiore rischio di comportamenti alimentari disfunzionali. L'ambiente scolastico rappresenta un ulteriore contesto determinante (Yoon et al., 2022; Ziobrowski et al., 2021). Le esperienze relazionali, positive o negative, incidono significativamente sul benessere psicologico dell'adolescente. In particolare, fenomeni di bullismo e vittimizzazione sono stati correlati a un aumento del rischio di sviluppo e mantenimento dei DCA (Tomás et al., 2016; Tomás et al., 2016). Inoltre, Un uso problematico dei social network e di applicazioni per il controllo del peso può favorire l'interiorizzazione di ideali estetici irrealistici, incrementando l'insoddisfazione corporea e il desiderio di magrezza. fenomeni come il cyberbullismo dovrebbero essere considerati come potenziali fattori di rischio nell'ambiente digitale (Bould et al., 2015; Bould et al., 2015).

Studi su gemelli hanno stimato un'ereditarietà dell'AN compresa tra il 33% e l'84%, suggerendo un ruolo genetico significativo, anche se le ricerche sono ancora in corso per identificare specifici cromosomi coinvolti (Campbell & Peebles, 2014). Perciò La familiarità costituisce un importante elemento di rischio: avere un parente di primo grado affetto da DCA aumenta significativamente la probabilità di sviluppare il disturbo. Oltre alla componente genetica, le dinamiche familiari e gli stili relazionali possono influenzare l'evoluzione del quadro clinico (Molter, 2024).

Differenze di genere e interazione con i fattori di rischio

Le evidenze suggeriscono che il genere non rappresenti soltanto un fattore di rischio indipendente, ma interagisca con variabili psicologiche e sociali nel determinare la probabilità di sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali. Nelle femmine, ad esempio, l'associazione tra insoddisfazione corporea, utilizzo dei social media e sintomatologia alimentare appare più marcata rispetto ai maschi. Ciò indica la necessità di interventi preventivi sensibili alle differenze di genere.

Epidemiologia e fattori di rischio nei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano condizioni cliniche complesse che colpiscono prevalentemente la popolazione adolescenziale. In Italia, tali patologie stanno assumendo un rilievo crescente in termini di salute pubblica; tuttavia, la carenza di dati epidemiologici aggiornati rende difficile una stima precisa della loro reale diffusione sul territorio nazionale.

Uno studio multicentrico trasversale condotto su 1.740 studenti siciliani di età compresa tra 14 e 16 anni ha evidenziato come una quota significativa di adolescenti presenti livelli di rischio per lo sviluppo di un DCA. Utilizzando l'Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) con cut-off differenziati per genere, il 72,8% del campione è stato classificato come "non a rischio", il 17,9% "a rischio" e il 9,3% "ad alto rischio". Le ragazze risultavano significativamente sovrarappresentate nei gruppi a rischio e ad alto rischio ($p < 0,01$), confermando la maggiore vulnerabilità del sesso femminile in questa fascia d'età.

L'analisi dei fattori predittivi ha mostrato un'associazione significativa tra punteggi più elevati all'EDE-Q e:

- bassi livelli di body appreciation (misurati tramite Body Appreciation Scale – BAS);
- indice di massa corporea (BMI) più elevato;
- tendenza al confronto corporeo sui social media.

Inoltre, il genere ha dimostrato un effetto di interazione con diversi fattori di rischio. In particolare, nelle femmine si osservavano associazioni più forti tra sintomatologia alimentare e bassa soddisfazione corporea, consumo di alcol e percezione dell'impatto negativo della pandemia da COVID-19. Ciò suggerisce che le adolescenti possano essere maggiormente influenzate da variabili psicologiche e sociali legate all'immagine corporea e agli eventi stressanti.

Questi dati sottolineano la crescente rilevanza dei DCA nella popolazione adolescenziale italiana e rafforzano l'importanza di programmi di screening precoce, prevenzione e intervento mirato, con particolare attenzione alle differenze di genere.

Implicazioni per la prevenzione

L'aumento dell'incidenza dei DCA in adolescenza evidenzia l'urgenza di promuovere programmi di prevenzione basati sull'evidenza, finalizzati all'identificazione precoce dei gruppi ad alto rischio. La conoscenza approfondita dei determinanti individuali, familiari e sociali consente di orientare interventi mirati e personalizzati.

In tale contesto, l'infermiere riveste un ruolo strategico nella prevenzione primaria e secondaria, attraverso attività di educazione sanitaria, screening precoce e collaborazione con il contesto scolastico e familiare.

Strategie di prevenzione dei disturbi della condotta alimentare

- Le strategie di prevenzione dei disturbi della condotta alimentare (DCA) sono finalizzate a ridurre o eliminare l'influenza dei fattori di rischio associati alla malattia, a prevenirne l'insorgenza e a migliorare il controllo e la prognosi del disturbo. In ambito di sanità pubblica e comunitaria, l'obiettivo prioritario è l'attuazione di interventi preventivi efficaci, efficienti ed evidence-based.

- Nel caso dei DCA, le azioni preventive risultano particolarmente complesse a causa della loro eziologia multifattoriale e dell'interazione dinamica tra fattori biologici, psicologici, sociali e ambientali, tipica dei disturbi mentali.

Livelli di prevenzione

Tradizionalmente, la prevenzione è stata suddivisa in tre livelli: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in base allo stadio di evoluzione della malattia (Commission on Chronic Illness, 1957).

- **Prevenzione primaria:** rivolta alla popolazione generale o a gruppi ampi con presenza di fattori di rischio. Ha come obiettivo la riduzione dell'incidenza dei DCA e la promozione della salute, attraverso interventi educativi e di sensibilizzazione.
- **Prevenzione secondaria:** indirizzata a soggetti ad alto rischio che presentano fattori predisponenti ma non manifestano ancora sintomi evidenti. Comprende strategie di individuazione precoce, diagnosi tempestiva e trattamento precoce, con l'obiettivo di ridurre la durata e la prevalenza del disturbo.
- **Prevenzione terziaria:** rivolta a soggetti con diagnosi conclamata di DCA, con lo scopo di prevenire complicanze, cronicizzazione e recidive, favorendo la riabilitazione e il mantenimento delle relazioni sociali.

Classificazione basata sul rischio

Considerata la complessità dei DCA, è stata proposta una classificazione alternativa basata sul livello di rischio piuttosto che sulla presenza della malattia (Gordon, 1983). Questa distingue tre tipologie di prevenzione:

- **Prevenzione universale:** interventi rivolti all'intera popolazione o a gruppi non selezionati in base al rischio, con l'obiettivo di modificare atteggiamenti culturali e sociali che favoriscono l'insorgenza dei DCA.
- **Prevenzione selettiva:** interventi destinati a individui o gruppi che, pur non presentando sintomi, mostrano un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale.
- **Prevenzione indicata:** rivolta a soggetti che presentano i primi segni o sintomi lievi del disturbo, senza soddisfare ancora i criteri diagnostici completi.

- Il trattamento dei casi diagnosticati e il mantenimento (prevenzione delle ricadute e riabilitazione) vengono considerati fasi successive alla prevenzione.

Programmi di prevenzione dei DCA

- I programmi di prevenzione dei DCA mirano a ridurre i principali fattori di rischio associati all'insorgenza del disturbo. Tra i più rilevanti si identificano: insoddisfazione corporea, interiorizzazione dell'ideale di magrezza, comportamenti dietetici disfunzionali, affettività negativa e scarso supporto familiare.
- Nel caso della bulimia nervosa, i fattori predittivi più specifici includono il comportamento di abbuffata e di eliminazione, la restrizione alimentare, l'eccessiva attenzione al peso e alla forma corporea e il deterioramento del funzionamento psicosociale (Levine, 2019; Le et al., 2017).

Approcci teorici utilizzati

Nel tempo, i modelli teorici alla base degli interventi preventivi si sono evoluti. Attualmente, i più utilizzati sono:

- Alfabetizzazione mediatica, finalizzata a sviluppare il pensiero critico rispetto ai messaggi dei media su corpo, peso e alimentazione.
- Dissonanza cognitiva, che mira a ridurre il conflitto tra convinzioni socioculturali disfunzionali e comportamenti salutari.
- Terapia cognitivo-comportamentale, orientata a modificare pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali.
- Approccio al peso salutare, che promuove stili di vita sani attraverso una corretta alimentazione e attività fisica equilibrata.

Efficacia dei programmi di prevenzione

Le evidenze scientifiche mostrano che (Watson et al., 2016):

- I programmi di prevenzione universale producono effetti generalmente modesti, ma risultano utili nel migliorare l'autostima e ridurre l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, soprattutto nei bambini e preadolescenti (Le et al., 2017; Chua et al., 2019).

- Gli interventi di prevenzione selettiva hanno dimostrato effetti più consistenti e duraturi, soprattutto quando basati su approcci cognitivo-comportamentali, alfabetizzazione mediatica e promozione del peso salutare (Le et al., 2017; Watson et al., 2016).
- La prevenzione indicata, sebbene meno studiata, risulta particolarmente efficace quando utilizza strategie cognitivo-comportamentali nei soggetti con sintomi iniziali ((Le et al., 2017; Watson et al., 2016).
- I programmi più efficaci sono caratterizzati da interventi strutturati, svolti in più sessioni, in formato di gruppo, con componenti interattive e contenuti focalizzati su alimentazione sana, immagine corporea, fattori socioculturali e benessere psicologico.

Sintomi

L'anoressia nervosa è associata a numerosi disturbi fisiologici, quali bradicardia, ipotensione, stipsi, anemia, leucopenia, squilibri elettrolitici e ormonali e riduzione della densità ossea.

Il decorso e l'evoluzione dell'anoressia nervosa sono estremamente variabili. Il 20-50% dei pazienti hanno una guarigione totale, con lievi conseguenze fisiche e psicologiche; tuttavia, molti pazienti continuano ad avere problemi di gestione del peso corporeo, di depressione e di disturbi del comportamento alimentare, inclusa la bulimia. Inoltre, circa il 5% dei pazienti per decennio di follow up muore per gli effetti fisici del digiuno o per suicidio. Quasi tutte le alterazioni fisiologiche dovute all'anoressia nervosa si possono trovare nelle altre forme di digiuno protratto e scompaiono o migliorano con l'aumento di peso, solo la riduzione della densità ossea non si risolve del tutto, particolarmente quando l'anoressia nervosa inizia durante l'adolescenza.

Poiché la malnutrizione colpisce i sintomi di più organi, i potenziali sintomi della fame sono ampi e possono includere:

- Cessazione del ciclo mestruale
- Vertigini o svenimenti dovuti alla disidratazione
- Capelli/unghie fragili
- Intolleranza al freddo
- Debolezza e deperimento muscolare

- Bruciore di stomaco e reflusso (in chi vomita)
- Stitichezza grave, gonfiore e pienezza dopo i pasti
- Fratture da stress dovute a esercizio compulsivo, nonché perdita ossea che provoca osteopenia o osteoporosi (assottigliamento delle ossa)
- Depressione, irritabilità, ansia, scarsa concentrazione e affaticamento
- arresto cardiaco improvviso
- Dolore addominale, nausea, gonfiore

Le condotte di eliminazione (ad esempio, il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi/diuretici) sono particolarmente pericolose. Possono portare a complicazioni potenzialmente letali dovute a squilibri elettrolitici, tra cui anomalie del ritmo cardiaco, e altre gravi complicazioni mediche come lacerazioni esofagee o gastriche.

Fisiopatologia

Gli adolescenti con AN presentano spesso una marcata perdita di peso e un'ossessione per cibo e peso corporeo. Essi possono limitare l'assunzione calorica, sviluppare rituali alimentari, rifiutare cibi precedentemente graditi, evitare pasti in contesti sociali e praticare esercizio fisico eccessivo. La restrizione calorica prolungata può compromettere la crescita, interrompere il ciclo mestruale nelle adolescenti e determinare malnutrizione con carenze proteiche e alterazioni dei sistemi cardiovascolare, renale, gastrointestinale, endocrino, ematologico, tegumentario e riproduttivo. La malnutrizione associata all'AN può inoltre ridurre la massa cerebrale e influenzare il funzionamento neuropsicologico (Campbell & Peebles, 2014).

Segni e sintomi

L'infermiere può individuare numerosi segni clinici, tra cui amenorrea, cefalea, irritabilità, stipsi, sincope, vertigini, perdita di massa muscolare, xerosi e alopecia. Il monitoraggio dei parametri vitali è fondamentale: ipotensione, bradicardia, ipotermia e alterazioni ortostatiche della pressione arteriosa sono indicatori critici. (Stewart et al., 2018) Altri reperti includono ipercarotenemia, acrocianosi, lanugo, edema dipendente, atrofia mammaria, addome scafoide e tumefazione parotidea. (Campbell & Peebles, 2014) Nei pazienti con AN di tipo abbuffate/condotte di eliminazione, possono presentarsi callosità sul dorso della mano dominante ed erosione dello smalto dentale

(Campbell & Peebles, 2014; National Institute of Mental Health, 2016). L'abbigliamento spesso largo e a strati e la sensazione di freddo sono ulteriori indicatori osservabili (Lock et al., 2015).

I pazienti con AN mostrano frequentemente comorbidità psichiatriche, tra cui depressione, ansia sociale, disturbi ossessivo-compulsivi, fobie, comportamenti autolesivi e paura di ingrassare (Lock et al., 2015; Campbell & Peebles, 2014). Il tipo restrittivo può associarsi a OCD, mentre il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione può presentare disturbi da uso di sostanze, inclusi alcol e droghe (APA, 2013).

Le complicanze dell'AN interessano tutti i sistemi organici e possono essere sia reversibili che croniche. Tra quelle endocrinologiche vi sono ritardo puberale, amenorrea e infertilità permanente (Sylvester & Forman, 2008; Tabler et al., 2018) la densità ossea può ridursi rapidamente, determinando osteoporosi e fratture da fragilità (Westmoreland et al., 2016). L'atrofia della materia grigia e bianca può compromettere permanentemente le funzioni neurocognitive (Sylvester & Forman, 2008). Le alterazioni cardiache comprendono atrofia ventricolare sinistra, prolasso della valvola mitrale, prolungamento dell'intervallo QT e rischio di aritmie o morte improvvisa (Sylvester & Forman, 2008; Westmoreland et al., 2016). Il tratto gastrointestinale può essere colpito da disfagia, rallentamento dello svuotamento gastrico e stipsi cronica (Westmoreland et al., 2016). Il sistema renale può risentire di disidratazione, insufficienza renale e alterazioni delle urine (Campbell & Peebles, 2014). Alterazioni ematologiche includono anemia, leucopenia e trombocitopenia (Campbell & Peebles, 2014), mentre il sistema dermatologico può manifestare xerosi, lanugo, alopecia, iperpigmentazione, acrocyanosi, strie e ritardo nella cicatrizzazione (Mehler, 2019; Westmoreland et al., 2016).

Capitolo 2. Gestione dei DCA negli adolescenti

L'identificazione precoce dei segnali di allarme rappresenta un elemento cruciale nel percorso assistenziale. Tra i campanelli d'allarme si annoverano modificazioni significative delle abitudini alimentari (eliminazione di interi gruppi alimentari, diete restrittive improvvise, ritualizzazione del pasto), alterazioni del comportamento (evitamento dei pasti in presenza di altri, ritiro sociale, controllo ossessivo del peso), eccessiva attività fisica vissuta come obbligatoria, variazioni dell'umore quali irritabilità, ansia e depressione, nonché sintomi fisici quali perdita di peso, amenorrea, astenia, disturbi gastrointestinali e lipotimie.

Il trattamento dell'anoressia nervosa richiede un approccio multidisciplinare e integrato. In fase iniziale, la presa in carico è orientata alla stabilizzazione clinica, alla gestione della malnutrizione e al recupero ponderale, laddove necessario. Parallelamente, l'intervento terapeutico si focalizza sulla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali, sulla regolazione emotiva e sulla promozione di abitudini alimentari sane e sostenibili.

In tale contesto, il ruolo dell'infermiere assume una rilevanza centrale. L'assistenza infermieristica non si limita al monitoraggio dei parametri clinici e nutrizionali, ma comprende l'osservazione sistematica dei comportamenti, il supporto relazionale, l'educazione sanitaria e il coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura. La costruzione di un'alleanza terapeutica basata su ascolto, empatia e continuità assistenziale rappresenta un elemento determinante per favorire l'aderenza al trattamento e promuovere il recupero fisico ed emotivo.

Alla luce della complessità clinica e assistenziale dell'anoressia nervosa, la presente tesi si propone di analizzare le caratteristiche del disturbo, le principali complicanze e, soprattutto, il ruolo dell'infermiere nella presa in carico della persona affetta, evidenziando l'importanza di un intervento precoce, competente e centrato sulla persona. (APA website)

Accertamento/ diagnosi

Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edizione (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), la diagnosi di anoressia

nervosa richiede la presenza concomitante di tre caratteristiche fondamentali (APA, 2013).

La prima consiste in una persistente restrizione dell'assunzione energetica rispetto al fabbisogno, che conduce a una significativa perdita di peso o, nei soggetti in età evolutiva, al mancato raggiungimento del peso atteso per età e stadio di sviluppo. La seconda è rappresentata da un'intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, oppure dalla messa in atto di comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento ponderale, anche in presenza di un peso corporeo significativamente basso. La terza caratteristica riguarda un'alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la propria forma corporea, con eccessiva influenza di tali aspetti sui livelli di autostima o mancato riconoscimento della gravità della condizione di sottopeso (CDCP 2019).

Nella valutazione dell'adolescente, un parametro clinico di particolare rilevanza è l'indice di massa corporea (BMI), che deve essere interpretato in relazione all'età e al sesso, attraverso l'utilizzo di curve di crescita percentili. Valori inferiori al 5° percentile sono generalmente indicativi di sottopeso, mentre alcuni studi suggeriscono che un BMI inferiore al 10° percentile possa già associarsi a uno stato di malnutrizione compatibile con l'anoressia nervosa (Le Grange et al., 2012). Tuttavia, l'inquadramento diagnostico non può basarsi esclusivamente su un dato numerico: è fondamentale considerare l'andamento ponderale individuale e le traiettorie di crescita.

Ad esempio, un adolescente con costituzione minuta e familiarità per bassa statura può collocarsi stabilmente in un basso percentile senza presentare un disturbo alimentare. Al contrario, una riduzione significativa del percentile ponderale (ad esempio dal 75° al 25° percentile), accompagnata da segni e sintomi tipici, può rappresentare un campanello d'allarme anche in assenza di un peso apparentemente "pericoloso". L'analisi longitudinale dei parametri antropometrici e il confronto con la storia clinica del paziente risultano pertanto elementi imprescindibili nella valutazione.

Dal punto di vista diagnostico, l'assistenza infermieristica prevede la collaborazione nell'esecuzione e nel monitoraggio degli esami di laboratorio, tra cui emocromo completo, funzione renale, elettroliti, enzimi epatici, albumina, vitamina B12, ferritina e lipidi. Altri test possono escludere cause alternative dei sintomi (TSH, LH, FSH, estradiolo, androgeni, PCR, ESR), e l'analisi delle urine valuta idratazione, chetonuria e

proteinuria. L'elettrocardiogramma consente di identificare bradicardia, aritmie e prolungamento dell'intervallo QT (Academy for Eating Disorders' Medical Care Standards Committee, 2021). Alcuni comportamenti, come il purging, richiedono monitoraggio specifico continuo. In presenza di indicazioni cliniche gravi, il paziente deve essere inviato al pronto soccorso per ospedalizzazione (Van der Leer et al., 2012; Society for Adolescent Health and Medicine, 2022). Nelle pazienti di sesso femminile, è fondamentale raccogliere un'accurata anamnesi mestruale; eventuali indagini ormonali possono contribuire all'identificazione dell'amenorrea. Inoltre, la densitometria ossea mediante assorbimetria a raggi X a doppia energia (DEXA) è indicata nelle pazienti con amenorrea protratta oltre i sei mesi e nei pazienti di sesso maschile con significativa perdita di peso, al fine di valutare la compromissione della massa ossea (Lock et al., 2015). Per l'individuazione precoce dei DCA, strumenti di screening validati includono il questionario SCOFF a cinque domande e il "2-item (Morgan et al., 2000; Kutz et al., 2020) Ottawa Disordered Eating Screen for Youth" (Obeid et al., 2019). Il monitoraggio di peso e altezza consente di correlare eventuali difficoltà emotive con variazioni ponderali.

La valutazione iniziale deve comprendere anamnesi mirata ed esame obiettivo, con particolare attenzione a sintomi di restrizione, abbuffate, condotte di eliminazione ed esercizio eccessivo, nonché alla sicurezza del paziente. Devono essere valutati anche umore, stress, ideazione suicidaria, autolesionismo, sonno, uso di sostanze, energia e concentrazione (Lock & Le Grange, 2012), oltre alla storia mestruale se pertinente. Sintomi fisici comuni includono reflusso, stitichezza, nausea, palpitazioni, debolezza, affaticamento, lanugo, secchezza cutanea, caduta dei capelli, crampi muscolari, dolori articolari, pallore, facilità al sanguinamento e intolleranza al freddo (Hornberger & Lane, 2021); segni di purging includono abrasioni sulle nocche, alitosi e cattiva dentizione (Hornberger & Lane, 2021). L'esame obiettivo deve prevedere misurazione di peso, altezza, temperatura e parametri vitali posturali, con possibile uso del "blind weight measurement" per ridurre ansia e ossessioni (Forbush et al., 2015).

La malnutrizione severa può determinare complicanze multisistemiche rilevanti. In tale contesto, l'infermiere svolge un ruolo cruciale nel riconoscimento precoce e nella gestione delle condizioni di instabilità clinica, quali aritmie cardiache, arresto cardiaco,

ipotermia e squilibri idro-elettrolitici (Lock et al., 2015). Il monitoraggio continuo dei parametri vitali, l'osservazione clinica attenta e la tempestiva attivazione dell'équipe multidisciplinare rappresentano elementi imprescindibili per garantire la sicurezza del paziente.

Gestione e interventi

La gestione dell'anoressia nervosa in età evolutiva richiede un approccio multidisciplinare, strutturato e basato su evidenze scientifiche. Le più recenti linee guida internazionali, tra cui il Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders dell'American Psychiatric Association, forniscono indicazioni operative per la valutazione e il trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età adolescenziale (American Psychiatric Association, 2010).

Lo screening precoce rappresenta un elemento fondamentale dell'intervento infermieristico e clinico. Sono disponibili diversi strumenti validati e affidabili per l'identificazione dei disturbi alimentari nei giovani pazienti, tra cui l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), l'Eating Disorder Inventory (EDI) e l'Eating Attitudes Test (EAT), utili per individuare precocemente comportamenti e atteggiamenti patologici correlati al rapporto con il cibo e con l'immagine corporea (Lock et al., 2015).

Sebbene il trattamento ambulatoriale rappresenti l'opzione preferibile nei casi clinicamente stabili, non sempre esso risulta praticabile. I criteri stabiliti dalla Society for Adolescent Health and Medicine supportano i professionisti sanitari nella valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero, in particolare nei casi caratterizzati da compromissione clinica significativa, instabilità emodinamica o grave malnutrizione.

Il trattamento in regime di ricovero prevede obiettivi assistenziali prioritari, tra cui il ripristino dell'equilibrio idro-elettrolitico, il miglioramento dello stato nutrizionale e il monitoraggio costante dei parametri vitali e del peso corporeo. Particolare attenzione viene posta al controllo dell'introito alimentare e dei liquidi, nonché alla valutazione dell'eliminazione urinaria e intestinale. Inoltre, è necessario supervisionare e regolamentare l'attività fisica eventualmente prescritta, al fine di prevenire comportamenti compensatori o eccessivamente dispendiosi.

Tra gli obiettivi terapeutici specifici nel trattamento dell'anoressia nervosa rientrano: (American Psychiatric Association, 2010)

- il raggiungimento e il mantenimento di un peso corporeo adeguato;
- la gestione delle complicanze mediche associate alla malnutrizione;
- il potenziamento della motivazione del paziente alla collaborazione terapeutica e al recupero di pattern alimentari sani;
- l'educazione nutrizionale e la promozione di corrette abitudini alimentari;
- la ristrutturazione delle cognizioni disfunzionali, delle convinzioni e degli schemi emotivo-comportamentali patologici;
- il trattamento delle comorbidità psichiatriche, quali disturbi dell'umore, difficoltà nella regolazione degli impulsi, problematiche legate all'autostima e disturbi del comportamento;
- il coinvolgimento attivo della famiglia nel percorso di cura, attraverso interventi di supporto, counseling e terapia familiare;
- la prevenzione delle ricadute.

Molte strutture sanitarie che si occupano di adolescenti con disturbi alimentari adottano protocolli interni per garantire uniformità e qualità dell'assistenza. Ad esempio, presso il Boston Children's Hospital, gli obiettivi del ricovero includono il recupero ponderale, la stabilizzazione nutrizionale e dei parametri vitali, la consulenza psichiatrica e l'educazione dei genitori. L'utilizzo di protocolli assistenziali e schede infermieristiche strutturate consente di standardizzare gli interventi, migliorare la continuità assistenziale e garantire un monitoraggio sistematico dell'evoluzione clinica del paziente (Sylvester & Forman, 2008).

Gestione iniziale e comunicazione della diagnosi

La comunicazione della diagnosi deve sottolineare la gravità della condizione, spiegando che l'insorgenza dei disturbi alimentari è multifattoriale (genetica, ambientale, sociale) (Treasure & Schmidt, 2013). Va enfatizzata l'importanza del recupero ponderale e dei suoi effetti medici e psicologici, e, quando possibile, i pazienti devono essere indirizzati a programmi specialistici, con supporto psicoeducativo a famiglie e caregivers. Il peso obiettivo terapeutico (TGW) dovrebbe essere basato sulla curva di crescita precedente e rivalutato periodicamente, evitando che pregiudizi sul

peso influenzino il percorso nei pazienti con AAN (Norris, Hiebert, & Katzman, 2018). Negli adolescenti più giovani, il TGW dovrebbe essere rivalutato almeno ogni 6 mesi.

Farmacoterapia

Il trattamento principale per AN rimane la rinutrizione e la psicoterapia, mentre la farmacoterapia ha un ruolo limitato. Gli antidepressivi mostrano benefici ridotti fino a quando il cervello non è stato rinutrito e possono essere considerati solo in presenza di comorbidità clinicamente rilevanti, preferibilmente quando il paziente si avvicina al TGW (Lock, 2019; Couturier et al., 2020). Recenti evidenze suggeriscono un possibile ruolo degli antipsicotici di seconda generazione, in particolare olanzapina, nella fase acuta del trattamento (Spettigue et al., 2018).

Criteri di ricovero ospedaliero

Il ricovero ospedaliero per adolescenti con disturbi alimentari, inclusa l'anoressia nervosa, è indicato quando si verificano una o più delle seguenti condizioni:

- indice di massa corporea (BMI) pari o inferiore al 75% del valore mediano per età e sesso;
- disidratazione significativa;
- alterazioni elettrolitiche, quali ipokaliemia, iponatremia o ipofosfatemia;
- anomalie elettrocardiografiche, come prolungamento dell'intervallo QT o bradicardia grave;
- instabilità fisiologica, comprendente ipotensione marcata, bradicardia severa o ipotermia;
- arresto della crescita e dello sviluppo;
- fallimento del trattamento ambulatoriale;
- rifiuto acuto del cibo;
- episodi incontrollabili di abbuffate e condotte di eliminazione;
- complicanze mediche acute legate alla malnutrizione, come sincope, convulsioni, insufficienza cardiaca o pancreatite;
- comorbidità psichiatriche o fisiche che impediscono un adeguato trattamento ambulatoriale, quali depressione grave, ideazione suicidaria, disturbi ossessivo-compulsivi o diabete mellito di tipo 1.

Questi criteri permettono agli operatori sanitari di identificare i pazienti che necessitano di un monitoraggio intensivo e di un intervento multidisciplinare in contesto ospedaliero, al fine di prevenire complicanze gravi e favorire il recupero nutrizionale e psicologico.

La gestione dei pazienti con disturbi alimentari richiede visite regolari in presenza, sia per l'esame fisico che per il monitoraggio di peso e parametri vitali. È fondamentale garantire un ambiente confidenziale e sicuro per il paziente. Quando i criteri per il ricovero ospedaliero non sono soddisfatti (Van der Leer et al., 2012; Society for Adolescent Health and Medicine, 2022), il trattamento ambulatoriale basato sul recupero ponderale rappresenta l'opzione principale. Gli elementi centrali del trattamento comprendono la rinutrizione e la psicoterapia, con la terapia familiare considerata l'approccio più efficace (Lock & Le Grange, 2012).

La terapia familiare coinvolge un team multidisciplinare comprendente il professionista delle cure primarie, uno psicologo o psicoterapeuta e, se disponibile, un dietista esperto in disturbi alimentari. Una comunicazione aperta tra i membri del team è essenziale per garantire coerenza nel percorso terapeutico.

Valutazione psichiatrica e interventi psicoterapeutici

La valutazione psichiatrica rappresenta una componente essenziale nel percorso diagnostico-terapeutico dell'adolescente affetto da anoressia nervosa (AN). Frequentemente, questi pazienti manifestano scarsa consapevolezza di malattia e resistenza al trattamento, percependo il proprio peso come adeguato nonostante l'evidente sottopeso. Tale distorsione cognitiva costituisce uno degli elementi centrali del disturbo e può ostacolare l'alleanza terapeutica.

Il recupero psicologico si fonda su obiettivi quali il rafforzamento dell'autostima, il miglioramento delle competenze relazionali e il progressivo ritorno a uno stile di vita sano ed equilibrato (Campbell & Peebles, 2014). In questo contesto, gli interventi psicosociali in regime ambulatoriale rappresentano spesso il primo livello di trattamento.

Tra gli approcci maggiormente supportati dall'evidenza scientifica rientra la terapia familiare, in particolare il modello family-based treatment (FBT), che prevede un percorso strutturato di circa 10–20 sedute distribuite nell'arco di 6–12 mesi. Tale

intervento mira a coinvolgere attivamente i genitori nel processo di recupero ponderale dell'adolescente, attribuendo loro un ruolo centrale nel supporto alla rialimentazione e nella gestione dei comportamenti disfunzionali (Lock et al., 2015).

Anche la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) si è dimostrata efficace, soprattutto nel lavorare sulle distorsioni cognitive legate all'immagine corporea, ai pensieri disfunzionali sul peso e sul controllo e sui meccanismi di mantenimento del disturbo.

Qualora gli interventi ambulatoriali risultino inefficaci, non disponibili o non sufficienti a garantire la stabilità clinica, possono essere presi in considerazione programmi di ricovero psichiatrico, ospedalizzazione parziale (day hospital) o strutture residenziali specializzate. In ogni livello assistenziale, è fondamentale adottare un approccio sensibile alle specificità dello sviluppo adolescenziale, tenendo conto degli aspetti evolutivi, identitari e relazionali propri di questa fase della vita.

Le strutture sanitarie dovrebbero garantire un approccio multidisciplinare integrato, coinvolgendo un'équipe composta da infermieri, psicoterapeuta, pediatra e dietista, al fine di assicurare una presa in carico globale del paziente. Il trattamento farmacologico non rappresenta la terapia di prima scelta per l'anoressia nervosa, ma può essere indicato in presenza di comorbidità psichiatriche (quali disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o disturbo ossessivo-compulsivo) o nei casi che non mostrano miglioramento con i soli interventi psicosociali (Lock et al., 2015).

Psicoterapia

Nella terapia familiare, l'intera famiglia sostiene il percorso di recupero. Nella fase iniziale, i caregiver supervisionano la somministrazione di tre pasti principali e tre spuntini giornalieri (Lock & Le Grange, 2012). Qualora il paziente non riesca a completare il piano nutrizionale, possono essere previsti integratori fino al completo ritorno a un'alimentazione solida. In questa fase, il disturbo alimentare può essere "esternalizzato", cioè trattato come una forza esterna che induce comportamenti dannosi per la salute (Ellison et al., 2012). Con il miglioramento clinico e il raggiungimento del peso obiettivo terapeutico (TGW), il paziente acquisisce gradualmente maggiore autonomia nella gestione alimentare (Lock & Le Grange, 2012).

Nei pazienti adolescenti più grandi o privi di supporto familiare, la terapia cognitivo-comportamentale per disturbi alimentari rappresenta il trattamento raccomandato (Atwood & Friedman, 2020).

Capitolo 3. Il Modello di adattamento di Roy: un quadro teorico per gli infermieri fornire assistenza alle persone affette da anoressia nervosa.

L'utilizzo di una teoria infermieristica come quadro di riferimento nella ricerca è fondamentale per lo sviluppo della conoscenza e per promuovere una pratica infermieristica basata sulla teoria. Collegare la ricerca infermieristica a un modello teorico permette di comprendere meglio le esperienze umane relative alla salute e alla malattia all'interno del sistema sanitario.

Negli ultimi cinquant'anni, il Roy Adaptation Model (RAM) è stato impiegato come guida per l'educazione interdisciplinare, lo sviluppo della conoscenza, la pratica clinica e la ricerca (Roy, 2009; Roy, 2011).

L'anoressia nervosa è un grave disturbo psichiatrico caratterizzato da elevata mortalità e tassi di suicidio (Arcelus et al., 2011; Arcelus et al., 2011). Il trattamento acuto è spesso necessario per prevenire conseguenze mediche potenzialmente letali e per contrastare il deficit cognitivo indotto dalla fame, causato da un peso corporeo significativamente basso. Il ripristino del peso rappresenta un elemento consolidato del trattamento acuto, con standard di cura e linee guida basati principalmente sull'expertise clinica e sul consenso professionale (American Psychiatric Association, 2006).

Tuttavia, il raggiungimento del peso ideale non è garantito e i tassi di aumento ponderale variano significativamente. Studi hanno dimostrato che alcuni pazienti possono inizialmente perdere peso o non raggiungere un peso corporeo sano (Zipfel et al., 2012), nonostante l'aumento di peso complessivo. Inoltre, una parte considerevole dei pazienti interrompe prematuramente il trattamento senza recuperare il peso (DeJong et al., 2012; Sly et al., 2013) o va incontro a ricadute subito dopo la dimissione (Carter et al., 2012).

Gli infermieri svolgono un ruolo centrale nel monitoraggio del peso corporeo e nell'implementazione dei protocolli terapeutici (American Psychiatric Association, 2006; Zugai et al., 2013). Attraverso le interazioni quotidiane con i pazienti, essi contribuiscono in maniera decisiva al processo di cura (Bakker et al., 2011; Bakker et al., 2011). È fondamentale che gli infermieri mantengano una relazione terapeutica efficace, bilanciando il loro ruolo di membri del team di trattamento con quello di advocate per il paziente (Snell et al., 2010). La consistenza, la chiarezza, l'empatia, il rispetto e la trasparenza sono considerate qualità essenziali per stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica solida (Bakker et al., 2011; Beukers et al., 2015; Beukers et al., 2015).

Secondo infermieri e pazienti con AN, gli interventi più efficaci includono il monitoraggio dell'aderenza al trattamento, il supporto e l'incoraggiamento, l'educazione sul disturbo e il ruolo di modello positivo (Zugai et al., 2013; Bakker et al., 2011; Beukers et al., 2015). Nonostante la ricerca abbia aumentato la comprensione dell'importanza della relazione terapeutica e degli interventi percepiti come efficaci resta ancora limitata la conoscenza riguardo a interventi infermieristici specifici durante il trattamento acuto.

In questo contesto, inquadrare gli interventi infermieristici secondo il RAM può fornire struttura e guida agli infermieri nel prendersi cura degli individui con AN.

Il Roy Adaptation Model

Il Roy Adaptation Model (RAM) si basa su assunti filosofici, scientifici e culturali derivati dalla teoria dei sistemi, dalla teoria dei livelli di adattamento e dalle sfide culturali del XXI secolo (Roy, 2009).

Gli assunti filosofici si fondano su tre principi principali: umanesimo, verità e unità cosmica (Roy, 2009).

Gli assunti scientifici considerano gli individui come sistemi viventi con processi complessi di interazione, impegnati a mantenere lo scopo dell'esistenza all'interno dell'universo (Roy, 2009). Gli assunti culturali, invece, integrano le esperienze interculturali, i bisogni culturali e la necessità di evitare analisi concettuali limitate a una sola cultura (Roy, 2009).

I concetti principali del RAM includono: l'individuo come sistema adattivo, l'ambiente, la salute e l'obiettivo dell'assistenza infermieristica (Roy, 2009). L'individuo è visto come un tutto, costituito da parti che funzionano in unità e con uno scopo (Roy, 2009). L'ambiente comprende tutte le condizioni, circostanze e influenze che circondano e influenzano lo sviluppo e il comportamento dell'individuo, considerando sia le risorse umane che quelle della terra (Roy, 2009). La salute è uno stato e un processo di integrazione e completezza (Roy, 2009). L'obiettivo dell'infermieristica è migliorare i processi vitali per promuovere l'adattamento: esso è sia processo sia risultato, in quanto gli individui pensanti e sentienti utilizzano consapevolezza e scelta per creare integrazione tra sé e l'ambiente (Roy, 2009).

Come ogni sistema adattivo complesso, l'individuo con anoressia nervosa (AN) possiede processi di coping o meccanismi di difesa che mantengono l'adattamento in quattro modalità critiche: interdipendenza, fisiologica, ruolo-funzione e concetto di sé (Roy, 2009). Una persona con AN interagisce costantemente con ambienti interni ed esterni in cambiamento, ricevendo stimoli che attivano i meccanismi di difesa e determinano comportamenti. L'inefficacia dei meccanismi di difesa in una o più modalità può influenzare il livello di adattamento dell'individuo. La capacità di adattarsi efficacemente agli stimoli dipende dal livello di adattamento, dalle richieste della situazione e dai livelli preesistenti di funzionamento (Roy, 2009).

I pattern funzionali della vita rappresentano le risposte dell'individuo ai problemi di salute e derivano dai processi vitali. Per modificare il percorso salute-malattia di una persona, l'infermieristica deve comprendere i pattern di salute funzionale e le risposte ad essi, orientando gli interventi verso l'adattamento dei comportamenti, dei pattern e dei processi vitali (Roy, 2009).

Considerando il ruolo essenziale degli infermieri nel trattamento acuto dell'AN, l'applicazione del RAM consente di comprendere come il ripristino del peso non avvenga isolatamente, ma rappresenti un processo adattivo all'interno di ambienti interni ed esterni. Questo approccio guida gli infermieri a valutare meccanismi specifici in ciascuna modalità di adattamento, indirizzando interventi volti a promuovere il ripristino del peso e migliorare così gli esiti del trattamento.

L'individuo con AN come sistema adattivo

Secondo il Roy Adaptation Model (RAM), l'individuo con anoressia nervosa (AN) può essere considerato un sistema adattivo che interagisce continuamente con l'ambiente. Le persone con AN ricevono stimoli dall'ambiente che rafforzano la convinzione che la restrizione calorica sia un modo efficace per gestire stati emotivi interni e affrontare sfide legate al senso di sé e al controllo personale. Con il tempo, questa restrizione diventa un meccanismo di difesa appreso, profondamente radicato come risposta comportamentale (Walsh, 2013).

Durante il trattamento acuto, il ripristino del peso corporeo viene spesso percepito come una minaccia. I pazienti possono quindi cercare di limitare o prevenire l'aumento di peso per gestire le proprie emozioni e mantenere il controllo. Quando l'intensità della minaccia supera la capacità del paziente di gestire gli stati emotivi, la restrizione calorica viene percepita come una strategia di coping essenziale per la sopravvivenza.

Stimoli

Nel RAM, gli stimoli descrivono l'ambiente e le interazioni complesse che lo caratterizzano, con crescita, declino e feedback continui (Roy, 2009). Gli stimoli si dividono in tre categorie: focali, contestuali e residuali.

Stimoli focali: rappresentano ciò che è immediatamente rilevante per l'individuo e richiede energia e risorse per essere affrontato (Roy, 2009). Per le persone con AN, lo stimolo focale è spesso correlato a pensieri, emozioni e comportamenti legati al peso corporeo. L'aumento di peso può essere percepito come catastrofico, suscitando paura di un controllo perso sul corpo e sul sé (American Psychiatric Association, 2013).

Stimoli contestuali: influenzano la capacità di rispondere allo stimolo focale e contribuiscono all'adattamento, ma non sono al centro dell'attenzione (Roy, 2009). Esempi includono la diagnosi di AN, vulnerabilità biologiche e meccanismi di difesa compromessi. Alcuni fattori favoriscono il recupero ponderale, come l'indice di massa corporea (BMI) prima dell'insorgenza dell'AN o il BMI desiderato al termine del trattamento (Godart et al., 2009), mentre altri lo ostacolano, come l'insoddisfazione corporea (Vansteelandt et al., 2010) o il numero di precedenti ospedalizzazioni (Godart et al., 2009).

Stimoli residui: sono fattori il cui effetto sulla situazione attuale è incerto o poco chiaro (Roy, 2009), come la variabilità emotiva che può influenzare i sintomi del disturbo alimentare (Lavender et al., 2016; Vansteelandt et al., 2013).

Livello di adattamento

La capacità dell'individuo di adattarsi efficacemente agli stimoli dipende dal livello di adattamento, dalle richieste della situazione e dai processi vitali preesistenti (Roy, 2009). I processi vitali possono essere:

Integrati: strutture e funzioni operano in modo armonico per soddisfare i bisogni umani (Roy, 2009).

Compensatori: i meccanismi di difesa si attivano in risposta a una sfida ai processi integrati (Roy, 2009).

Compromessi: l'incapacità di ripristinare l'integrazione porta a problemi di adattamento (Roy, 2009).

Nei pazienti con AN, la restrizione calorica provoca un livello di adattamento compensatorio. Se persiste nel tempo, porta a deficit nutrizionali e malnutrizione, con conseguente livello di funzionamento compromesso. Il ripristino del peso durante il trattamento acuto è quindi essenziale per ristabilire un livello integrato di adattamento (Roy, 2009), in cui tutti i componenti dell'individuo funzionano in sinergia per mantenere la salute.

Risposte comportamentali e meccanismi di difesa

Le risposte comportamentali riflettono i meccanismi di difesa dell'individuo e indicano quanto efficacemente si stia adattando agli stimoli (Roy, 2009). Comportamenti efficaci promuovono l'integrità della persona e gli obiettivi dell'adattamento (Roy, 2009), mentre comportamenti inefficaci, come la restrizione calorica protratta, compromettono la salute e il funzionamento complessivo.

I meccanismi di difesa sono modalità interne di interazione con l'ambiente e sono suddivisi in due sottosistemi: cognatore e regolatore (Roy, 2009).

Cognatore: comprende meccanismi appresi, elaborazione percettiva e informativa, giudizio ed emozione. Nei pazienti con AN, il comportamento di restrizione alimentare si consolida come risposta appresa e profondamente radicata (Walsh, 2013; Fox & Diab, 2015).

Regolatore: meccanismi innati e automatici che mantengono l'omeostasi energetica tramite segnali neurali, chimici ed endocrini (Roy, 2009). La restrizione calorica cronica

altera questo sistema, causando gravi conseguenze fisiche e disturbi diffusi in molti organi (Winston, 2012; Arcelus et al., 2013).

Modalità adattive

Le risposte comportamentali si manifestano nelle quattro modalità critiche di adattamento: Interdipendenza, fisiologica, Ruolo-funzione, concetto di sé.

Nei pazienti con AN, le risposte inefficaci si riscontrano in tutte e quattro le modalità, e una compromissione in una modalità influisce sulle altre. L'obiettivo della pratica infermieristica secondo il RAM è promuovere l'adattamento in ciascuna modalità, favorendo un livello integrato di funzionamento (Roy, 2009).

Applicazione pratica del RAM nella cura infermieristica dell'AN

Durante il trattamento acuto dell'anoressia nervosa (AN), l'obiettivo dell'infermieristica è: a) Identificare il livello di adattamento e le capacità di coping del paziente; b) Rilevare comportamenti e stimoli che influenzano il ripristino del peso corporeo; c) Fornire interventi volti a modificare i meccanismi di difesa e promuovere l'adattamento in almeno una delle quattro modalità adattive:

- La modalità di interdipendenza riguarda l'interazione con gli altri e il concetto centrale di dare e ricevere affetto, rispetto, valore, competenze, tempo e supporto materiale (Roy, 2009). Questa modalità comprende l'adeguatezza affettiva e lo sviluppo relazionale, e difficoltà in uno o entrambi gli ambiti possono portare a un livello di funzionamento compromesso (Roy, 2009). Le persone con AN spesso mostrano difficoltà nello sviluppo di relazioni efficaci e carenze nel supporto sociale. Durante il trattamento acuto, gli infermieri facilitano l'interazione con i pari, incoraggiano il supporto reciproco, sfidano cognizioni irrazionali e promuovono il coinvolgimento in attività sociali, sia all'interno che all'esterno del trattamento. Il monitoraggio continuo del supporto sociale aiuta a guidare gli interventi per ristabilire adeguatezza affettiva e relazionale (Minuchin et al., 1978).
- Nella modalità fisiologica, gli infermieri devono avere conoscenze approfondite sui processi corporei normali per riconoscere processi compensatori e compromessi (Roy, 2009). Gli aspetti vitali includono nutrizione, equilibrio

idrico, elettrolitico e acido-base. Nei pazienti con AN, la restrizione calorica cronica può provocare gravi conseguenze fisiche, deficit cognitivi e alterazioni pervasive negli organi. Il monitoraggio di segni vitali, peso corporeo e apporto calorico è fondamentale per valutare lo stato fisiologico. Gli infermieri devono anche prevenire la sindrome da refeeding, una complicanza grave dovuta alla rapida rialimentazione che può portare a insufficienza cardiaca congestizia, insufficienza respiratoria, coma, convulsioni, acidosi metabolica e morte (Arcelus et al., 2013;44), mentre contestualmente sfidano le convinzioni dei pazienti riguardo al cibo e all'aumento di peso che spesso genera emozioni intollerabili nei pazienti (Murray et al., 2016; Waller & Mountford, 2015).

- La modalità ruolo-funzione riguarda l'autonomia e il senso di controllo, elementi centrali per favorire la motivazione e l'accettazione dei cambiamenti. Teorie sullo sviluppo familiare suggeriscono che schemi come l'enmeshment, la sovrapprotezione e l'evitamento dei conflitti possano influenzare l'insorgenza dell'AN, interferendo con lo sviluppo dell'autonomia (Schwartz et al., 1985; Lock & La Via, 2015). Durante il trattamento acuto, è importante permettere ai pazienti adolescenti di sperimentare iniziativa, volontà e senso di efficacia, favorendo il graduale recupero del controllo personale (Van der Kaap-Deeder et al., 2014; Vansteenkiste & Ryan, 2013). La cura infermieristica può seguire diverse fasi: un approccio direttivo iniziale, un approccio di supervisione e infine un approccio di supporto che incoraggi le decisioni autonome (Zugai et al., 2013; Bakker et al., 2011; Beukers et al., 2015; Beukers et al., 2015). Il monitoraggio costante dell'autonomia guida gli interventi volti a promuovere l'adattamento sociale e la ripresa del senso di controllo.
- La modalità concetto di sé riguarda la percezione di sé e l'integrità psichica. Nei pazienti con AN, il peso e la forma corporea hanno un'influenza eccessiva sull'autovalutazione. Negli uomini prevale il desiderio di muscolarità e magrezza, mentre nelle donne il desiderio principale è la magrezza. Gli infermieri collaborano con i pazienti per sfidare percezioni distorte e promuovere cambiamenti comportamentali che favoriscano il ripristino del peso e il recupero complessivo (Roy, 2009).

L'infermiere riveste un ruolo centrale nella valutazione, nella presa in carico e nel trattamento degli adolescenti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, in particolare anoressia nervosa (AN). L'approccio assistenziale deve essere improntato alla non giudicabilità, all'ascolto attivo e alla costruzione di un'alleanza terapeutica, elementi fondamentali per favorire l'aderenza al percorso di cura.

Nei contesti di assistenza primaria o scolastica, l'infermiere è spesso tra i primi professionisti sanitari a intercettare segnali di rischio. È pertanto essenziale il monitoraggio della crescita attraverso le curve auxologiche, con particolare attenzione a eventuali arresti della crescita staturo-ponderale o a perdite di peso marcate e rapide, che richiedono un tempestivo invio a valutazione specialistica.

La valutazione infermieristica si inserisce all'interno di un inquadramento clinico globale, comprendente aspetti fisici e psichiatrici. In particolare, l'infermiere analizza i pattern alimentari, la percezione dell'immagine corporea, le fluttuazioni ponderali, i livelli di attività fisica e l'eventuale presenza di comportamenti compensatori. Tra gli strumenti di screening validati, il questionario SCOFF rappresenta un ausilio rapido ed efficace per individuare soggetti a rischio (Campbell & Peebles, 2014, Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Esso si basa su cinque domande chiave relative a condotte di eliminazione, perdita di controllo sull'alimentazione, significativo calo ponderale in breve tempo, distorsione dell'immagine corporea e centralità del cibo nella vita quotidiana.

Obiettivo

Lo scopo della presente revisione narrativa è quello di approfondire in modo sistematico l'anoressia nervosa come patologia, analizzandone le principali caratteristiche cliniche e le possibili complicanze. Particolare attenzione verrà rivolta all'impatto che tale disturbo esercita durante l'adolescenza, con l'obiettivo di esaminare i principali fattori scatenanti e di rischio. Inoltre, la revisione intende fornire elementi utili per comprendere come relazionarsi in maniera adeguata con adolescenti affetti da questo disturbo, al fine di favorire un'interazione consapevole e rispettosa, evitando atteggiamenti o comunicazioni potenzialmente inadeguate, considerata la particolare fragilità psicologica che spesso caratterizza questi pazienti.

Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta sul sito dell'american psychiatric association e su pubmed.

Al fine di approfondire il tema dell'anoressia nervosa in età adolescenziale e analizzare i principali fattori di rischio e gli aspetti assistenziali correlati, è stata condotta una revisione della letteratura scientifica. La ricerca degli articoli è stata effettuata consultando la banca dati scientifica pubmed, fonti bibliografiche affidabili e il sito dell'american psychiatric association, con l'obiettivo di individuare studi pertinenti riguardanti l'anoressia nervosa negli adolescenti, i fattori predisponenti e il ruolo dell'assistenza infermieristica nella gestione del disturbo.

Per strutturare in modo chiaro e sistematico la domanda di ricerca e orientare la strategia di ricerca bibliografica è stato utilizzato il modello PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), strumento ampiamente impiegato nell'ambito della medicina basata sulle evidenze. Attraverso questo modello sono stati definiti i principali elementi della domanda di ricerca: la popolazione di riferimento, rappresentata dagli adolescenti con disturbi del comportamento alimentare, in particolare anoressia nervosa; l'intervento, relativo all'identificazione precoce dei fattori di rischio e al ruolo dell'assistenza infermieristica; il confronto con situazioni di mancato o tardivo riconoscimento del disturbo; e gli outcome attesi, quali la diagnosi precoce, la prevenzione delle complicanze e il miglioramento della presa in carico assistenziale. La struttura del modello PICO utilizzato è riportata nella tabella seguente.

Tabella 1. Modello PICO

Elemento	Descrizione
P (Population)	Adolescenti con disturbi del comportamento alimentare, in particolare anoressia nervosa
I (Intervention)	Identificazione precoce dei fattori di rischio e interventi assistenziali infermieristici
C (Comparison)	Assenza di screening precoce o identificazione tardiva del disturbo
O (Outcome)	Diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze e miglioramento della presa in carico assistenziale

La ricerca su PubMed è stata effettuata utilizzando le parole chiave “anorexia nervosa and adolescents”, ottenendo inizialmente 10.309 risultati. Applicando un filtro temporale relativo al periodo 2016–2026, il numero di articoli è stato ridotto a 3.440. Successivamente, mediante l’aggiunta delle parole chiave “risk factors” ed “eating disorders”, i risultati sono stati ulteriormente selezionati fino a un totale di 301 articoli.

Tra questi, sono stati infine inclusi 8 studi ritenuti maggiormente pertinenti rispetto agli obiettivi della presente revisione, sulla base della rilevanza tematica, dell’appropriatezza metodologica e dell’attinenza con la popolazione di riferimento.

Risultati

Di seguito si riportano gli 8 articoli selezionati

1) Anorexia nervosa in adolescents An overview

Autori: Peterson, Kathleen & Fuller, Rebecca;

Contenuto: L’anoressia nervosa (AN) è un disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da restrizione persistente dell’assunzione energetica, intensa paura di aumentare di peso e alterata percezione della propria immagine corporea. Nei soggetti adolescenti rappresenta una condizione potenzialmente grave, con un’età media di esordio intorno ai 12 anni e con la più alta mortalità tra i disturbi psichiatrici.

La patologia è multifattoriale e deriva dall’interazione di fattori biologici, psicologici e socioculturali, tra cui sesso femminile, familiarità per disturbi psichiatrici o alimentari, perfezionismo, insoddisfazione per l’immagine corporea e pressione culturale verso la magrezza.

La malnutrizione conseguente alla restrizione calorica può determinare complicanze multisistemiche, coinvolgendo apparato cardiovascolare, endocrino, gastrointestinale, neurologico e osseo.

La gestione clinica dell’anoressia nervosa negli adolescenti richiede un approccio multidisciplinare che includa stabilizzazione nutrizionale, monitoraggio clinico e psicologico, interventi psicoterapeutici (come terapia cognitivo-comportamentale e terapia familiare) e un ruolo centrale dell’assistenza infermieristica nel monitoraggio dei parametri clinici, nella valutazione del comportamento alimentare e nel supporto al percorso terapeutico.

2) **Risk of eating disorders in a representative sample of Italian adolescents: prevalence and association with self-reported interpersonal factors**

Autori Giulio D'Anna; Marco Lazzeretti; Giovanni Castellini; Valdo Ricca; Emanuele Cassioli; Eleonora Rossi; Caterina Silvestri; Fabio Voller.

Contenuto: è uno studio epidemiologico trasversale che ha valutato la prevalenza del rischio di disturbi alimentari in un campione rappresentativo di adolescenti italiani di età compresa tra 14 e 19 anni. I dati sono stati raccolti nel 2018 su 6.824 studenti provenienti da 85 scuole superiori della Toscana, selezionate tramite campionamento randomizzato. Il rischio di disturbo alimentare è stato valutato mediante il questionario di screening validato SCOFF, mentre ulteriori variabili analizzate includevano indice di massa corporea, qualità delle relazioni familiari e con i pari, esperienze di bullismo e livelli di disagio psicologico. Lo studio ha inoltre esaminato l'associazione tra tali fattori interpersonali e psicologici e la presenza di sintomi correlati ai disturbi alimentari.

3) **Risk factors and prevention strategies in eating disorders**

Autori Josefa Canals & Victoria Arija Val

Contenuto: L'articolo analizza i principali fattori di rischio e le strategie di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) attraverso una revisione della letteratura scientifica. L'eziologia dei DCA è descritta secondo un modello biopsicosociale, in cui interagiscono fattori biologici, psicologici e socioculturali. Tra i principali fattori di rischio emergono l'insoddisfazione per l'immagine corporea, la bassa autostima, l'affetto negativo, la pressione sociale verso l'ideale di magrezza e alcune caratteristiche di personalità come il perfezionismo.

L'articolo evidenzia inoltre l'importanza dei programmi di prevenzione rivolti soprattutto agli adolescenti, in particolare alle ragazze in età scolastica. Gli interventi più efficaci sono quelli basati su approcci cognitivo-comportamentali, psicoeducazione, promozione dell'alimentazione sana, alfabetizzazione mediatica e miglioramento della soddisfazione corporea.

4) **Predisposing Potential Risk Factors for Severe Anorexia Nervosa in Adolescents**

Autori: Elena Bozzola; Flavia Cirillo; Cristina Mascolo; Livia Antilici; Umberto Raucci; Benedetta Guarnieri; Annamaria Ventricelli; Elettra De Santis; Giulia Spina; Massimiliano Raponi; Alberto Villani; Maria Rosaria Marchili.

Contenuto: Lo studio di Bozzola et al. (2025) ha analizzato i fattori di rischio predisponenti associati alle forme gravi di anoressia nervosa negli adolescenti. È stato condotto uno studio trasversale su pazienti di età inferiore ai 18 anni ricoverati per anoressia nervosa presso l'IRCCS Bambino Gesù di Roma tra dicembre 2022 e agosto 2024. Sono stati valutati diversi fattori di rischio, tra cui eventi stressanti di vita, comorbilità psichiatriche, storia familiare di disturbi alimentari e struttura familiare, utilizzando strumenti psicodiagnostici come il K-SADS-PL, la Coddington Life Events Scale e la Trauma Symptom Checklist for Children.

I risultati suggeriscono che la presenza cumulativa di più fattori predisponenti è più frequente nei pazienti con forme più severe della patologia, evidenziando l'importanza dell'identificazione precoce dei fattori di rischio per prevenire l'evoluzione grave del disturbo.

5) **Approach to anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa in adolescents**

Autori: Rabea Parpia; Wendy Spettigue; Mark L Norris.

Contenuto: lo studio di Bozzola et al. (2025) ha analizzato i fattori di rischio predisponenti associati alle forme gravi di anoressia nervosa negli adolescenti. È stato condotto uno studio trasversale su pazienti di età inferiore ai 18 anni ricoverati per anoressia nervosa presso l'IRCCS Bambino Gesù di Roma tra dicembre 2022 e agosto 2024. Sono stati valutati diversi fattori di rischio, tra cui eventi stressanti di vita, comorbilità psichiatriche, storia familiare di disturbi alimentari e struttura familiare, utilizzando strumenti psicodiagnostici come il K-SADS-PL, la Coddington Life Events Scale e la Trauma Symptom Checklist for Children.

I risultati suggeriscono che la presenza cumulativa di più fattori predisponenti è più frequente nei pazienti con forme più severe della patologia, evidenziando l'importanza

dell'identificazione precoce dei fattori di rischio per prevenire l'evoluzione grave del disturbo.

6) Social and individual factors associated with eating disorders risk among adolescents in secondary schools of Sicily (south-Italy)

Autori: Silvia Ruggieri; Rosalba Contentezza; Melania Casella; Achille Cernigliaro; Ilaria Cosentini; Gaspare Drago; Gianluca Lo Coco; Maria Rita Semola; Salvatore Gullo;

Contenuto: è uno studio osservazionale trasversale multicentrico condotto su 1.740 studenti di età compresa tra 14 e 16 anni frequentanti scuole secondarie della Sicilia. I dati sono stati raccolti tramite un questionario elettronico volto a valutare fattori individuali, familiari e sociali associati al rischio di disturbi del comportamento alimentare. Sono stati utilizzati strumenti validati quali l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), la Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) e la Florence Bullying/Victimization Scale (FBVS). Le analisi statistiche sono state effettuate mediante modelli di regressione e analisi comparative per identificare i principali fattori di rischio associati allo sviluppo di disturbi alimentari negli adolescenti.

7) The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa

Autore: Karen M Jennings

Contenuto: l'articolo di Jennings (2017) utilizza il Roy Adaptation Model (RAM) come quadro teorico per comprendere e guidare l'assistenza infermieristica nei pazienti con anoressia nervosa durante il processo di recupero del peso. Il modello considera l'individuo come un sistema adattivo che interagisce continuamente con l'ambiente e risponde agli stimoli attraverso diversi meccanismi di adattamento. L'assistenza infermieristica si concentra su quattro modalità adattive principali: fisiologica, interdipendenza, funzione di ruolo e concetto di sé. Gli interventi infermieristici mirano a favorire l'adattamento del paziente, promuovendo il recupero nutrizionale, il supporto relazionale, lo sviluppo dell'autonomia e il miglioramento della percezione corporea, con l'obiettivo di migliorare gli esiti del trattamento.

8) **Anorexia nervosa in children and adolescents: an early detection of risk factors**

Autori: Elena Bozzola; Sarah Barni; Maria Rosaria Marchili; Romie Hellmann; Emanuela Del Giudice; Giampaolo De Luca; Vita Cupertino.

Contenuto: Lo studio è di tipo osservazionale trasversale e ha coinvolto un ampio campione rappresentativo di adolescenti italiani di età compresa tra 14 e 19 anni. I dati sono stati raccolti nel 2018 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana su 6824 studenti provenienti da 85 scuole superiori pubbliche selezionate tramite campionamento casuale stratificato. Il rischio di disturbi alimentari è stato valutato mediante il questionario di screening SCOFF, strumento validato per l'identificazione precoce dei sintomi dei disturbi del comportamento alimentare. Sono state inoltre raccolte informazioni su indice di massa corporea (BMI), qualità delle relazioni familiari e con i pari, esperienze di bullismo e livelli di disagio psicologico. I dati sono stati analizzati attraverso modelli statistici multivariati per individuare i principali fattori associati al rischio di disturbi alimentari.

Discussione

Dall'analisi degli studi inclusi emerge come i disturbi del comportamento alimentare, in particolare l'anoressia nervosa, rappresentino un problema di salute in crescente aumento tra bambini e adolescenti. Diversi studi evidenziano come l'adolescenza costituisca un periodo critico per l'insorgenza della patologia e come la prevalenza di soggetti a rischio sia significativa nella popolazione giovanile, con percentuali più elevate nel sesso femminile. Tra i principali fattori associati allo sviluppo dei disturbi alimentari emergono l'insoddisfazione corporea, la bassa autostima, il disagio psicologico, un indice di massa corporea elevato e le pressioni socioculturali legate all'ideale di magrezza. Anche fattori relazionali e ambientali, come conflitti familiari, relazioni problematiche con i pari, esperienze di bullismo ed eventi di vita stressanti, risultano significativamente correlati al rischio di sviluppare tali disturbi. Ulteriori evidenze suggeriscono il contributo di fattori biologici e genetici, comprese alterazioni metaboliche, caratteristiche neurologiche e possibili interazioni tra microbiota intestinale e cervello. Alcuni studi hanno inoltre evidenziato un aumento dell'incidenza

dei disturbi alimentari durante la pandemia da COVID-19. Nel complesso, i risultati sottolineano l'importanza di programmi di screening e di identificazione precoce dei fattori di rischio, nonché del ruolo fondamentale dei professionisti sanitari, inclusi gli infermieri e i medici di cure primarie, nella valutazione, prevenzione e gestione precoce dell'anoressia nervosa negli adolescenti.

I risultati emersi dalla presente revisione della letteratura confermano come l'anoressia nervosa rappresenti una problematica complessa e multifattoriale, particolarmente rilevante in età adolescenziale. In linea con quanto evidenziato nell'introduzione, l'evoluzione degli stili di vita e dei modelli alimentari, unitamente ai cambiamenti socioculturali, ha contribuito ad aumentare la vulnerabilità dei giovani nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare. L'adolescenza, infatti, costituisce una fase di sviluppo caratterizzata da profondi cambiamenti fisici, psicologici e relazionali, che possono favorire l'insorgenza di comportamenti disfunzionali legati all'alimentazione.

Dall'analisi degli studi selezionati emerge chiaramente come l'anoressia nervosa non possa essere ricondotta a una singola causa, ma sia il risultato dell'interazione dinamica tra fattori biologici, psicologici e socioculturali. Tra i principali fattori di rischio individuati figurano il sesso femminile, la presenza di tratti di personalità quali perfezionismo e bassa autostima, la familiarità per disturbi psichiatrici, nonché l'influenza dei modelli estetici promossi dai media e dai social network. Tali elementi contribuiscono allo sviluppo di un'immagine corporea distorta e di una forte insoddisfazione nei confronti del proprio corpo, che rappresentano aspetti centrali nella genesi del disturbo.

Un ulteriore dato rilevante riguarda il ruolo dei fattori ambientali e relazionali. Le esperienze di bullismo, le difficoltà nei rapporti interpersonali e il contesto familiare possono influenzare significativamente il benessere psicologico dell'adolescente, aumentando il rischio di sviluppare un disturbo alimentare. In particolare, gli studi analizzati sottolineano come la presenza contemporanea di più fattori di rischio sia associata a forme più gravi della patologia, evidenziando l'importanza di un'identificazione precoce dei soggetti vulnerabili.

Dal punto di vista clinico, l'anoressia nervosa si conferma come uno dei disturbi psichiatrici a più elevata mortalità, a causa delle gravi complicanze mediche e del rischio suicidario. Le conseguenze della malnutrizione coinvolgono numerosi sistemi

dell'organismo, determinando alterazioni cardiovascolari, endocrine, gastrointestinali e neurologiche, che possono compromettere in modo significativo la qualità di vita e, nei casi più gravi, mettere a rischio la sopravvivenza del paziente. Questo aspetto sottolinea ulteriormente la necessità di un intervento tempestivo ed efficace.

Un elemento centrale emerso dalla revisione riguarda l'importanza dell'approccio multidisciplinare nella gestione dell'anoressia nervosa. Il trattamento richiede infatti l'integrazione di competenze mediche, psicologiche e assistenziali, con l'obiettivo di garantire una presa in carico globale del paziente. In questo contesto, il ruolo dell'infermiere risulta fondamentale. L'infermiere non solo partecipa al monitoraggio dei parametri clinici e nutrizionali, ma svolge anche un'importante funzione relazionale ed educativa, contribuendo alla costruzione di un'alleanza terapeutica basata su fiducia, ascolto ed empatia.

In particolare, l'assistenza infermieristica si configura come un elemento chiave sia nella fase di identificazione precoce del disturbo sia nel percorso terapeutico. L'infermiere, soprattutto nei contesti scolastici e territoriali, può rappresentare una figura di riferimento in grado di intercettare i primi segnali di disagio, favorendo un invio tempestivo ai servizi specialistici. Inoltre, durante il trattamento, egli contribuisce a supportare il paziente nel recupero di abitudini alimentari sane, nel monitoraggio dei comportamenti a rischio e nella gestione delle difficoltà emotive associate al disturbo.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda la prevenzione. I risultati della letteratura evidenziano come gli interventi preventivi risultino più efficaci quando rivolti a gruppi specifici a rischio e quando basati su approcci strutturati, quali l'educazione alimentare, l'alfabetizzazione mediatica e la promozione dell'autostima. In particolare, nei giovani, è fondamentale sviluppare programmi educativi che favoriscano una maggiore consapevolezza rispetto ai modelli corporei irrealistici e promuovano un rapporto equilibrato con il cibo e con il proprio corpo.

Nonostante i progressi nella comprensione e nel trattamento dell'anoressia nervosa, permangono alcune criticità. Tra queste, la difficoltà nella diagnosi precoce, spesso ostacolata dalla tendenza dei pazienti a nascondere i sintomi, e la scarsa disponibilità di dati epidemiologici aggiornati, soprattutto nel contesto italiano. Inoltre, l'eterogeneità degli studi analizzati e la variabilità metodologica rappresentano un limite nella generalizzazione dei risultati.

Alla luce di tali considerazioni, risulta evidente la necessità di implementare strategie di intervento sempre più mirate ed efficaci, con particolare attenzione alla popolazione adolescenziale. È fondamentale promuovere una maggiore integrazione tra servizi sanitari, scuola e famiglia, al fine di creare una rete di supporto in grado di rispondere in modo tempestivo ai bisogni dei giovani.

In conclusione, la presente revisione conferma come l'anoressia nervosa rappresenti una sfida rilevante per il sistema sanitario e per la società, soprattutto in relazione alla crescente diffusione tra gli adolescenti. La prevenzione, l'identificazione precoce e un approccio assistenziale multidisciplinare risultano elementi fondamentali per migliorare gli esiti clinici e la qualità di vita dei pazienti. In questo contesto, l'infermiere assume un ruolo strategico, contribuendo in modo significativo alla promozione della salute, alla presa in carico globale e al supporto del paziente e della sua famiglia.

Conclusioni

La presente revisione narrativa ha consentito di approfondire in modo sistematico l'anoressia nervosa in età adolescenziale, evidenziandone la complessità clinica, eziologica e assistenziale. In continuità con quanto delineato nell'introduzione, emerge chiaramente come i cambiamenti degli stili di vita, l'influenza dei modelli socioculturali e la crescente pressione legata all'immagine corporea abbiano contribuito a rendere i disturbi del comportamento alimentare una problematica sempre più rilevante tra i giovani.

L'analisi della letteratura ha confermato che l'anoressia nervosa è una patologia multifattoriale, determinata dall'interazione di fattori biologici, psicologici e ambientali. In particolare, l'adolescenza rappresenta una fase di vulnerabilità specifica, in cui i cambiamenti corporei e identitari, uniti a dinamiche relazionali e sociali complesse, possono favorire l'insorgenza e il mantenimento del disturbo. I principali fattori di rischio individuati includono l'insoddisfazione corporea, la bassa autostima, il perfezionismo, l'influenza dei social media e la presenza di condizioni familiari o relazionali disfunzionali.

Un elemento di particolare rilievo riguarda le gravi conseguenze dell'anoressia nervosa sul piano fisico e psicologico. La malnutrizione prolungata può determinare complicanze multisistemiche, con un impatto significativo sulla qualità di vita e un

aumento del rischio di mortalità. Ciò sottolinea l'importanza di una diagnosi precoce e di un intervento tempestivo, finalizzati a prevenire l'evoluzione verso forme più gravi e croniche.

In questo contesto, il ruolo dell'assistenza infermieristica si configura come centrale e strategico. L'infermiere rappresenta una figura chiave non solo nella gestione clinica del paziente, attraverso il monitoraggio dei parametri vitali e nutrizionali, ma anche nella dimensione relazionale ed educativa. La capacità di instaurare un'alleanza terapeutica basata su empatia, ascolto e non giudizio risulta fondamentale per favorire l'aderenza al trattamento e sostenere il percorso di recupero dell'adolescente.

Un ulteriore aspetto rilevante emerso dalla revisione riguarda l'importanza della prevenzione. Gli interventi preventivi, in particolare quelli rivolti alla popolazione adolescenziale, devono essere orientati alla promozione di stili di vita sani, allo sviluppo dell'autostima e al potenziamento del pensiero critico nei confronti dei modelli estetici irrealistici. In tale prospettiva, risulta fondamentale il coinvolgimento attivo della scuola, della famiglia e dei servizi sanitari, al fine di costruire una rete integrata di supporto.

Nonostante i progressi nella conoscenza e nella gestione dell'anoressia nervosa, permangono alcune criticità, tra cui la difficoltà di individuazione precoce dei casi, la sottostima del fenomeno e la necessità di ulteriori studi, soprattutto nel contesto italiano. Pertanto, appare indispensabile implementare programmi di screening e strategie di intervento sempre più efficaci, basati su evidenze scientifiche aggiornate.

In conclusione, l'anoressia nervosa rappresenta una sfida significativa per la sanità pubblica, in particolare per quanto riguarda la popolazione adolescenziale. Un approccio multidisciplinare, integrato e centrato sulla persona, unito a interventi di prevenzione e diagnosi precoce, risulta fondamentale per migliorare gli esiti clinici e promuovere il benessere dei giovani. In tale scenario, l'infermiere svolge un ruolo determinante, contribuendo in modo attivo alla tutela della salute e al supporto globale del paziente e della sua famiglia.

Bibliografia e Sitografia

American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd ed.). https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eating_disorders.pdf

American Psychiatric Association. (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. Ù

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wale, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.

Bakker, R., Van Meijel, B., Beukers, L., Van Ommen, J., Meerwijk, E. L., & Van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16–22.

Beukers, L., Berends, T., Ginkel, J. M., Van Elburg, A. A., & Van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behavior in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519–526.

Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383–391. <https://doi.org/10.1002/eat.22325>

Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., et al. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/acps.12389>

Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582–592.

Chua, J. Y. X., Tam, W., & Shorey, S. (2019). Effectiveness of universal eating disorder prevention interventions in improving body image among children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13164>

Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., et al. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8, 4. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0270-3>

Dane, A., & Bhatia, K. (2023). The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Global Public Health*, 3, e0001091. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001091>

DeJong, H., Broadbent, H., & Schmidt, U. (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 635–647.

Ellison, R., Rhodes, P., Madden, S., Miskovic, J., Wallis, A., Baillie, A., et al. (2012). Do the components of manualized family-based treatment for anorexia nervosa predict weight gain? *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 609–614.

Forbush, K. T., Richardson, J. H., & Bohrer, B. K. (2015). Clinicians' practices regarding blind versus open weighing among patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 905–911.

Fox, J., & Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa (cAN) whilst an inpatient on an eating disorders unit (EDU): An interpretative phenomenological analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 27–36.

Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating disorders in males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 641–651. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>

Godart, N., Wallier, J., Hubert, T., et al. (2009). Determining factors for target weights in an anorexia nervosa inpatient program for adolescents and young adults. *Eating and Weight Disorders*, 14(4), e176–e183.

Gordon, R. S., Jr. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107–109.

Hoang, U., Goldacre, M., & James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study, England, 2001–2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507–515.

Hornberger, L. L., & Lane, M. A. (2021). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 147(1), e2020040279.

Lavender, J. M., Mason, T. B., Utzinger, L. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2016). Examining affect and perfectionism in relation to eating disorder symptoms among women with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 241, 267–272.

Le Grange, D., Doyle, P. M., Swanson, S. A., Ludwig, K., Glunz, C., & Kreipe, R. E. (2012). Calculation of expected body weight in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 129(2), e438–e446.

Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 53, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>

Levine, M. P. (2019). Prevention of eating disorders: 2018 in review. *Eating Disorders*, 27(1), 18–33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1568773>

Mehler, P. (2019). Anorexia nervosa in adults and adolescents: Medical complications and their management. UpToDate. <https://www.uptodate.com>

Molter, G. (2024). Economic costs of eating disorders. Harvard T.H. Chan School of Public Health. <https://hsph.harvard.edu/research/eating-disorders-striped/research-reports/economic-costs-eating-disorders/>

Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>

Murray, S. B., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2016). Dissecting the core fear in anorexia nervosa: Can we optimize treatment mechanisms? *JAMA Psychiatry*, 73(9), 891–892.

National Institute of Mental Health. (2016). Eating disorders. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml>

Norris, M. L., Hiebert, J. D., & Katzman, D. K. (2018). Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa. *Paediatrics & Child Health*, 23(8), 551–552. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy093>

Obeid, N., Norris, M. L., Buchholz, A., Hadjiyannakis, S., Spettigue, W., Flament, M. F., et al. (2019). Development of the Ottawa Disordered Eating Screen for Youth: the ODES-Y. *Journal of Pediatrics*, 215, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.011>

Quintero-Jurado, J., Moratto-Vásquez, N., Caicedo-Velasquez, B., Cárdenas-Zuluaga, N., & Espelage, D. L. (2021). Association between school bullying, suicidal ideation, and eating disorders among school-aged children from Antioquia, Colombia. *Trends in Psychology*, 30, 58–72. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00101-2>

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson Education.

Roy, C. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351.

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Trattato di cure infermieristiche*. Sorbona Idelson-Gnocchi.

Schwartz, D. M., Thompson, M. G., & Johnson, C. L. (1985). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. In S. W. Emmett (Ed.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical, sociocultural, and psychological perspectives* (pp. 95–112). Brunner/Mazel.

Snell, L., Crow, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 351–358.

Stewart, J. M., Boris, J. R., Chelimsky, G., et al. (2018). Pediatric disorders of orthostatic intolerance. *Pediatrics*, 141(1), e20171673. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1673>

Sylvester, C. J., & Forman, S. F. (2008). Clinical practice guidelines for treating restrictive eating disorder patients during medical hospitalization. *Current Opinion in Pediatrics*, 20(4), 390–397.

Tabler, J., Utz, R. L., Smith, K. R., Hanson, H. A., & Geist, C. (2018). Variation in reproductive outcomes of women with histories of bulimia nervosa, anorexia nervosa, or eating disorder not otherwise specified relative to the general population and closest-aged sisters. *International Journal of Eating Disorders*, 51(2), 102–111.

Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13>

Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129(1), 30–37.

Waller, G., & Mountford, V. A. (2015). Weighting patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: How, when and why. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 1–10.

Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., et al. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 833–862. <https://doi.org/10.1002/eat.22577>

Winston, A. P. (2012). The clinical biochemistry of anorexia nervosa. *Annals of Clinical Biochemistry*, 48(2), 132–143.

Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel in my shoulder: A study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107–115.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., et al. (2012). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, 383, 127–137.

Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: A consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13–14), 2020–2029.

Ziobrowski, H. N., Buka, S. L., Austin, S. B., Duncan, A. E., Simone, M., Sullivan, A. J., Horton, N. J., & Field, A. E. (2021). Child and adolescent maltreatment patterns and risk of eating disorder behaviors developing in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105225.

Sitografia

American psychiatric association. What are Eating Disorders? Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>

